Terveyden edistäminen

TEORIOISTA TOIMINTAAN

Anna-Maija Pietilä

(toim.)

Sanoma Pro Oy

Tiedustelut
Sanoma Pro Oy, Helsinki
puh. 020 391 000
sähköposti: asiakaspalvelu@sanomapro.fi

www.sanomapro.fi

Kustantaja: Sanoma Pro Oy
Tämä aineisto on digitaalinen rinnakkaisversio tuotteesta
ISBN 978-952-63-1181-4 Terveyden edistäminen

12 kk lisenssi ISBN 978-952-63-2073-1
48 kk lisenssi ISBN 978-952-63-2074-8

Toimitus: Leena Koskua
Ulkoasu: Veera Alanko ja Mervi Peltola
Kansi: gravision / Jaana Rautio
Taitto: Mervi Peltola
Kuvitus: Krista Partti

© Anna-Maija Pietilä ja Sanoma Pro Oy

Kopiointiehdot
Tämä teos on digitaalinen oppikirja, joka on suojattu tekijänoikeuslailla (404/61).

Lukijalle

Terveyden ja terveyden edistämisen kysymykset koskettavat meitä päivittäin. Terveys kuvataan yhdeksi ihmisen elämän tärkeimmistä arvoista ja hyvinvoinnin keskeiseksi osatekijäksi. Terve ihminen voi hyvin, toteuttaa itseään, tavoittelee elämänsä päämääriä ja elää yhteisössään omien arvojensa mukaisesti. Onko terveyden edistämisessä kyse hyvän elämän edistämisestä? Terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon toimintaa, vaan siihen vaikuttavat monet muutkin yhteiskunnan sektorit. Yksi terveyden edistämisen ajankohtaisimmista ja pulmallisimmista kysymyksistä maassamme liittyy kysymykseen oikeudenmukaisuudesta ja tasavertaisuudesta. Tarvitaan verkostoitumista ammattiryhmien välillä ja monien esteiden poistamista. Lähtökohtana ovat mahdollisuudet ja niihin perustuvat valinnat.

Kirjassa korostetaan, että terveys on tärkeää sekä yksilöille että koko yhteiskunnalle. Näin myös terveys ja sen edistäminen ovat sekä yksilöiden että yhteiskunnan asia. Lukijan pohdittavaksi jää, miten inhimillinen huolenpito ilmenee yhteiskunnassamme myös terveyden edistämisessä ja sen monialaisissa toiminnoissa: Millä tavoin jaetun vastuun periaatteeseen sitoudutaan? Mikä on oma roolini terveyttä edistävässä toiminnassa?

Tietoa terveydestä on saatavilla paljon, ja yhteiskunta tukee laajoja terveyden edistämisen hankkeita. Näistä tukitoimista huolimatta vaikuttavuus ja sen arviointi ovat äärimmäisen haastavia. Yksi syy on juuri terveyden moninaisuus, johon vaikuttavat muun muassa perhe, työyhteisö, sosiaalinen verkosto sekä ympäristöön ja vallitsevaan kulttuuriin liittyvät tekijät.

Monet kansainväliset järjestöt, kuten Maailman terveysjärjestö (WHO), työskentelevät aktiivisesti ja pitkäjänteisesti terveyden edistämiseksi maailmassa. Terveyden ylläpitoon liittyvät toimet, kuten nälänhädän poistaminen, tartuntatautien torjunta ja ympäristön saastumisen hidastaminen ja ehkäisy, edellyttävät entistä enemmän kansainvälistä yhteistyötä. (ETENE 2008.) Kansainvälisissä terveyden edistämisen kokouksissa ja konferensseissa käsitellään juuri näitä ajankohtaisia ilmiöitä. Keskeistä on dialogin aikaansaaminen erilaisilla terveyden edistämisen kentillä. Lisäksi olennaista on eri ammattiryhmien tiedon ja kokemuksen siirtäminen sekä käyttö.

Terveyden edistäminen toteutuu aidoimmillaan monitieteisessä ja moniammatillisessa yhteistyössä. Menetelmien ja keinojen kirjo on suuri, mutta saavutettu tieto on kuitenkin usein pirstaleista. Jatkuva muutos edellyttää osaamisen vahvistamista ja syventämistä. Tämän kirjan tarkoituksena on eri alojen asiantuntijoiden puheenvuorojen pohjalta tuoda esiin terveyden edistämisen moninaisuutta ja kehittämiskohteita. Lukija otetaan mukaan pohtimaan terveyden edistämisen ajankohtaisia kysymyksiä, teoreettisia lähestymistapoja sekä erilaisia terveyden edistämisen työmenetelmiä, toimintamalleja ja niiden sovelluksia. Jokainen asiantuntija pyrkii jäsentämään esimerkkien avulla terveyttä edistävän toiminnan yksilö- ja yhteisötason ulottuvuuksia. Kirjan tarkoituksena on myös toimia alustuksena keskusteluille opiskelijaryhmissä, opetuksessa sekä erilaisissa työ- ja tutkimusryhmissä. Pohdittavaksi jääkin, miten terveyden edistämisen kenttä voi jäsentyä kullekin lukijalle myös oppimistehtäviin perehtymisen pohjalta.

Kirjan toimittaminen on mahdollista vain, jos monet asiantuntijat sitoutuvat yhteistyöhön ja yhteiseen päämäärään. Tästä esitän lämpimät kiitokseni. Jokainen kirjoittaja on ottanut vastaan oman ainutlaatuisen tehtävänsä ja vastuunsa paneutuessaan terveyden edistämisen moniulotteisiin kysymyksiin. Kirjoitustyössä olivat ansiokkaasti apuna tutkija, TtT Helena Länsimies-Antikainen ja tutkimusapulainen, TtK Mari Matveinen, mistä esitän heille lämpimät kiitokseni. Kiitän myös terveyden edistämisen opetus- ja tutkimustehtävissä korkeakouluissa toimivia lausunnonantajia, joilta sain arvokasta palautetta käsikirjoituksesta. Erityiskiitokset osoitan WSOYpro Oy:n kustannustoimittaja Leena Koskualle. Hänen asiantuntemuksensa ja tukensa oli välttämätöntä kirjan saattamisessa päätökseen.

Onko terveyden edistämisen perustana elämän kunnioittaminen? Yhteistä keskustelua tarvitaan edelleen. Terveyden edistämisen ainutlaatuisen sisällön löytäminen vaatii uusia kysymyksiä ja niihin vastaamista. Jokaisella on mahdollisuus olla omassa tehtävässään terveyden edistäjänä – hyvän elämän mahdollistajana.

Kuopiossa helmikuussa 2010

Anna-Maija Pietilä

Kirjoittajat

- **Eriksson Monica,** VTT, tutkija, Folkhälsanin tutkimuskeskus
- **Haatainen Kaisa,** FT, dosentti, ylihoitaja, Itä-Suomen yliopisto, Kuopion yliopistollinen sairaala
- **Halkoaho Arja,** TtM, TtT-opiskelija, Itä-Suomen yliopisto, Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimusyksikkö
- **Honkanen Hilkka,** TtT, yliopettaja, Oulun seudun ammattikorkeakoulu
- **Husman Päivi,** YTM, tiimipäällikkö, Työterveyslaitos
- **Kattainen Eija,** TtT, Diakonia-ammattikorkeakoulu
- **Koivu Aija,** FM, preventiopsykologi, Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopion psykiatrian keskus
- **Liimatainen Leena,** TtT, koulutuspäällikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- **Lindström Bengt,** LT, professori, päätutkija, Folkhälsanin tutkimuskeskus
- **Länsimies-Antikainen Helena,** TtT, projektipäällikkö, Työterveyslaitos ja post doc -tutkija, Itä-Suomen yliopisto
- **Matveinen Mari,** TtK, Itä-Suomen yliopisto
- **Mäkitalo Minna,** KTM, luokanopettaja, Jyväskylän kaupunki
- **Pietilä Anna-Maija**, THT, professori, Itä-Suomen yliopisto, Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus
- **Pirskanen Marjatta,** TtT, post doc -tutkija, terveyden edistämisen suunnittelija, Itä-Suomen yliopisto, Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus
- **Pirttilä Tuula,** LT, professori, Itä-Suomen yliopisto, Kuopion yliopistollinen sairaala
- **Rautio Maria,** TtT, kehittämispäällikkö, Työterveyslaitos
- **Ryttyläinen Katri,** TtT, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- **Räsänen Jorma,** FT, kouluttaja
- **Sirviö Kaarina,** TtT, yliopettaja, Savonia-ammattikorkeakoulu
- **Tuomisto Jouko,** LKT, professori (emeritus), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- **Vähäkangas Kirsi,** LKT, professori, Itä-Suomen yliopisto

Sisällys

Lukijalle 3

Kirjoittajat 5

1 Terveyden edistämisen monia ulottuvuuksia 9

1.1 Terveyden edistämisen lähtökohtia – katsaus kirjan ydinsisältöihin 10
Anna-Maija Pietilä

1.2 Terveyden edistämisen eettinen perusta 15
Anna-Maija Pietilä, Helena Länsimies-Antikainen, Kirsi Vähäkangas ja Tuula Pirttilä

1.3 Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista 32
Bengt Lindström ja Monica Eriksson

1.4 Ympäristöterveyden edistämisen globaaleja ulottuvuuksia 53
Kirsi Vähäkangas ja Jouko Tuomisto

1.5 Mielenterveyden edistämisen näkökulmia 76
Aija Koivu ja Kaisa Haatainen

2 Terveyden edistämisen toimintamalleja ja työmenetelmiä 99

2.1 Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede–Proceed-malli 100
Jorma Räsänen

2.2 Esimerkki Precede–Proceed-mallin soveltamisesta: nuorten terveyden edistäminen kouluyhteisössä 117
Leena Liimatainen, Katri Ryttyläinen ja Minna Mäkitalo

2.3 Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakointia 130
Kaarina Sirviö

2.4 Toimintamalleja nuoren ja terveysalan ammattilaisen kohtaamisessa – tavoitteena päihteettömyyden edistäminen 151
Marjatta Pirskanen ja Anna-Maija Pietilä

2.5 Työikäisten terveyden edistäminen – esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista 165
Maria Rautio ja Päivi Husman

2.6 Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen – ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä..... 191
Eija Kattainen

2.7 Verkostotyömenetelmien soveltaminen terveyttä edistävässä toiminnassa..... 213
Hilkka Honkanen

3 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä terveyden edistämisestä..... 230

3.1 Terveyden edistäminen päivittäisessä työssä: asiantuntijoiden näkemyksiä 231
Anna-Maija Pietilä, Arja Halkoaho ja Mari Matveinen

3.2 Kuvauksia terveyttä edistävän työn eettisestä perustasta 243
Anna-Maija Pietilä, Arja Halkoaho ja Mari Matveinen

3.3 Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen 259
Anna-Maija Pietilä, Arja Halkoaho ja Mari Matveinen

4 Terveyden edistäminen – katse tulevaisuuteen..... 273

4.1 Teorioista toimintaan 274
Anna-Maija Pietilä

1

Terveyden edistämisen monia ulottuvuuksia

1.1 Terveyden edistämisen lähtökohtia – katsaus kirjan ydinsisältöihin

Anna-Maija Pietilä

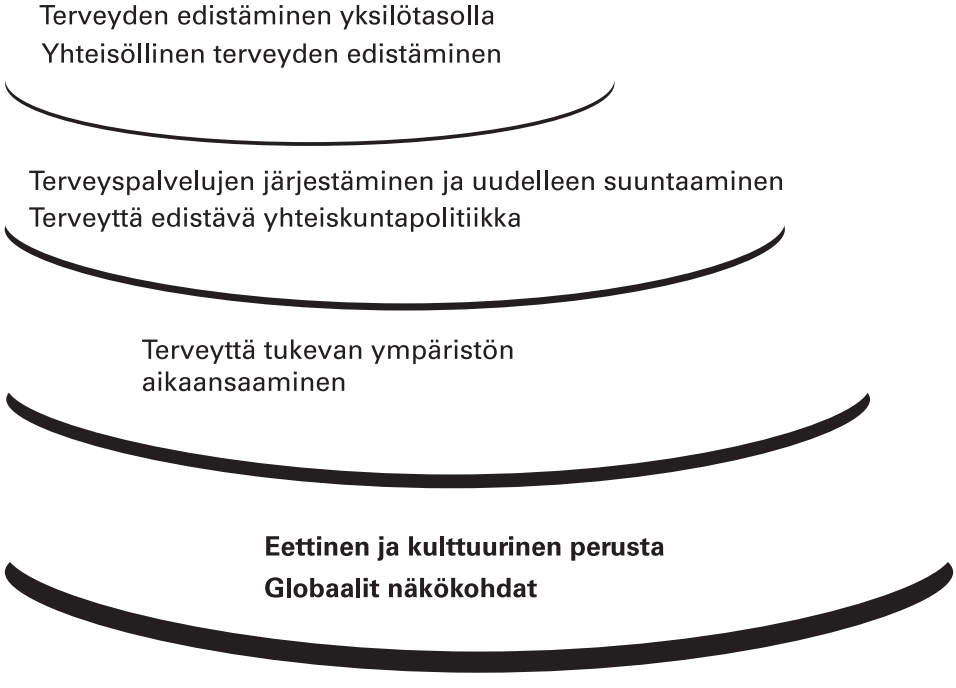
Millainen on näkemyksesi terveydestä ja terveyden edistämisestä? Terveys kuvataan usein yhdeksi ihmisen elämän tärkeimmistä arvoista. Se määritetään myös ihmisen kokemana hyvinvoinnin osatekijänä. Voidaan olettaa, että terve ihminen kykenee toteuttamaan elämänsä päämääriä. McQueen (2008) ja Whitehead (2009) tuovat esiin, kuinka tärkeää terveysalan ammattilaisten olisi jäsentää ja tunnistaa terveyden edistämisen laaja-alainen perusta ja sen merkitys omaan työhön. Lähtökohtana on, että terveyden edistämisessä hyödynnetään useiden tieteenalojen tietoperustaa. Terveyden edistäminen käsittääkin laajan toimintakentän (kuva 1.1). Monet tutkijat ja teoreetikot korostavat, että tarvitaan entistä enemmän pohdintaa ja kriittistäkin keskustelua terveyden edistämisen käsitteestä, sen laaja-alaisuudesta ja määrittelystä. Näin voidaan tunnistaa terveyden edistämisen identiteettiä ja teoreettista perustaa.

Tässä kirjassa valotetaan terveyden edistämisen toimintakenttää tarkastelemalla salutogeenista lähestymistapaa ja terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia jäsentävää mallia, eettistä perustaa ja ympäristöterveyden globaaleja ulottuvuuksia sekä näkökohtia mielenterveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskiössä ovat lapset ja lapsiperheet, nuoret ja työikäiset sekä ikääntyneet. Terveyttä edistävien toimintojen tavoitteita tarkastellaan näin elämänkulun eri vaiheissa, joihin liitetään työmenetelmien ja toimintamallien kuvauksia. Terveyden edistämisen lähtökohtia jäsennetään kirjan lopussa ammattilaisten kuvauksilla siitä, miten he jäsentävät terveyden edistämistä päivittäisessä työssään ja määrittelevät työnsä eettistä perustaa ja toimintaansa mahdollistavia tekijöitä. Terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalveluiden uudista-

minen ja globaalit ja kulttuuriset näkökohdat kytkeytyvät myös edellä mainittuihin teemoihin.

Kirjassa tuodaan esiin, että terveyden edistämisen toimet ovat aikasidonnaisia. Tiedetään, että monet yksilön terveyteen liittyvistä valinnoista ovat sidoksissa niihin mahdollisuuksiin ja arvostuksiin, joita yhteiskunta kulloinkin osoittaa. Eettisen perustan arvioinnissa lukija otetaan mukaan terveyden edistämisen etiikan lukemattomien kysymysten pohdintaan. Salutogeenisen lähestymistavan tarkasteluun herätellään lukijaa kysymyksellä ”Missä on näkemys terveydestä ja sen edistämisestä?”. Todetaan, että sairauksien ja riskien ehkäiseminen sekä sairauden hoito toimivat eri mekanismeilla kuin terveyden edistäminen. Miten edetään kohti salutogeneesiä ja tunnistetaan, että terveys on osa suurempaa kokonaisuutta, elämää? Kyseisessä luvussa todetaan, että Ottawa Charterin periaatteet ja salutogeneesin peruskäsitteet voidaan yhdistää terveelliseen (healthy) oppimismalliin.

Terveyden edistämisen lähtökohta on, että ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. Ympäristöterveyden kysymykset ovat yhä ajankohtaisempia. Ympäristöterveyden globaalien ulottuvuuksien tarkastelussa kirjoittajat toteavat, että globaali vastuu on yhteinen. On saatu positiivisia esimerkkejä ympäristöterveyden edistä-



Kuva 1.1 Terveyden edistämisen ulottuvuuksia.

misen onnistumisesta sekä fyysisen että psyykkisen terveyden kannalta. Toistuvasti suurimmat ongelmat ovat tulleet siitä, että muutos tapahtuu yhden sukupolven näkökulmasta hitaasti.

Millä tavoin kuvataan terveyden edistämistä suhteessa mielenterveyden edistämiseen ja miten voidaan hyödyntää terveyden edistämisen malleja toiminnassa? Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus muodostavat mielenterveystyön kokonaisuuden. Mielenterveyteen vaikuttavat yksilölliset kokemukset, vuorovaikutus, kulttuuri ja yhteiskunnalliset rakenteet sekä voimavarat. Lähtökohtana on, että mielenterveyttä voidaan edistää kaikissa elämän vaiheissa.

Yhtenä tämän kirjan tavoitteena on kuvata Precede–Proceed-mallia: terveysohjelmien suunnittelu- ja arviointimallia, jota on kehitetty jo 40 vuoden ajan. Mallin perusoletuksen mukaan terveys ja sen riskit ovat monen osatekijän seuraus. Malli soveltuu terveyden edistämisen interventioiden (eli väliintulojen) suunnitteluun ja toteutukseen erilaisissa toimintaympäristöissä. Luvussa korostetaan, että tieto, arvot, käsitykset ja motivaatio ovat aina käyttäytymisen taustalla mutta yhteys niiden ja terveyskäyttäytymisen välillä on vain todennäköinen. Tältä pohjalta onkin tärkeää analysoida ja pohtia terveyden edistämistä tavoitteellisena toimintana. Onko kuitenkin niin, että terveyden edistämisessä tulokset usein antavat odottaa itseään? Jos näin on, tuen saanti on vaikeaa nopeisiin tuloksiin pyrkivässä yhteiskunnassa.

Terveyden edistämisen menetelmien perusperiaatteet ovat esillä verkostotyömenetelmiä koskevassa luvussa. Niitä ovat tulevaisuuteen suuntautuva, voimavaroihin keskittyvä ja ratkaisuja etsivä puhekäytäntö, jokaisen osapuolen mielipiteitä kunnioittava, luova toimintastruktuuri sekä yhdessä sovitut tavoitteet ja toimintatavat. Terveyden edistämisessä korostuu sektorien rajat ylittävä moniammatillinen ja monitoimijainen yhteistyö. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ja verkostosuuntautunut toiminta ovat keskeisiä, koska niiden avulla voidaan vastata varhaisen puuttumisen ja tukemisen jatkuvasti kasvaviin haasteisiin niin yksilö- kuin yhteisötasollakin. Myös lapsiperheiden varhainen tukeminen ja perheiden osallisuutta mahdollistava toiminta on tärkeää. Lapsiperheiden osallisuus onkin kirjan yhtenä teemana.

Kirjoittaja korostaa, että yhteiskunnan vastuun vähentyessä vanhempien osallisuuden ja vastuun merkitystä perheen terveyden edistämisessä on syytä painottaa. Perheen osallisuuden vahvistamisessa on

kuitenkin olennaista tiedostaa, että perhe on tärkein toimija tavoitteiden saavuttamisessa. Osallisuuden käsite kuvaa ihmisen kokemusta jäsenyydestä yhteisössä ja yhteiskunnassa, jossa ihmisellä on mahdollisuus osallistua, toimia ja vaikuttaa. Miten kohtaavat työntekijän ja perheen näkemys terveydestä ja terveyden edistämisestä?

Varhainen puuttuminen on esillä myös, kun tarkastellaan nuorten päihteettömyyden edistämistä. Luvussa esitettävä varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi perustuu yhteisön arvoihin, koulun terveystiedon opetussuunnitelmaan sekä terveyden ja päihteettömyyden edistämisen strategioihin ja toimintaohjelmiin. Lähtökohtana on, että nuorten terveyden ja päihteettömyyden edistämisessä voidaan onnistua, kun tiedostetaan lähiyhteisön kulttuuri ja asenteet sekä yhteiskunnallisten päätösten merkitys.

Terveyden edistämistoiminnassa on nostettu esille käsite ”työpaikka terveyden edistämisen areenana”. Kirjassa tuodaan esiin, että työikäisten terveyden edistäminen on luonteeltaan monien eri toimijoiden ja viranomaisten tiivistä yhteistyötä. Yksilötasolla kyse on elämän perusedellytysten olemassa olosta, joihin voidaan lukea yhteiskunnan jäsenyys, omien kehittymismahdollisuuksien hyödyntäminen sekä itsensä toteuttaminen myös muilla elämän osa-alueilla. Yhteisöjä, joihin yksilö jäsenenä kuuluu, voidaan pitää ”areenoina”, joissa luodaan paitsi konkreettisia terveyden edellytyksiä myös terveyttä edistävää kulttuurista ilmapiiriä.

Miten terveys, elämänlaatu ja terveyden edistäminen kytkeytyvät toisiinsa? Ikääntyneiden elämänlaadun kuvauksessa tarkastellaan elämänlaatua subjektiivisena kokemuksena. Tyytyväisyys ja onnellisuus ovat elämänlaadun subjektiivisia määrittäjiä, joiden merkitys ja sisältö vaihtelevat ikäkausittain ja elämäntilanteittain. Kansallisissa linjauksissa ikääntyvien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä korostetaan muun muassa terveyttä ja toimintakykyä, varhaista puuttumista ja arkielämää helpottavia toimintamalleja. Tavoitteena on, että ikääntyneet voivat elää hyvää elämää ja asua kotona mahdollisimman pitkään.

Kirjan lopussa analysoidaan terveydenhuollon asiantuntijoiden kuvauksia terveyden edistämisestä. Kuvauksista välittyy näkemys terveyden edistämisestä monimuotoisena, arvoperustaisena, asiantuntemusta ja yhteistyötä korostavana toimintana, joka on luonnollinen osa jokapäiväistä työtä. Esillä ovat promotiivinen ja preventiivinen näkökulma. Haastateltavat kokivat, että he toimivat ehkäisevän työn ja tervey-

den edistämisen raja-alueilla. Haastatteluun osallistuneet asiantuntijat kuvasivat, että ihmisarvon kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, tasa-arvoisuus ja vastuullisuus ohjaavat heidän terveyttä edistävää työtään. Haastateltujen asiantuntijoiden kuvauksissa ilmenivät merkittävinä myös työn päämäärän tunnistaminen motivaation lähteeksi, moniammatillinen yhteistyö ja kollegoiden osaamisen arvostaminen ja vahvistaminen. Nämä kaikki olivat keskeisiä terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavia tekijöitä.

On tärkeää pohtia, mihin sitoudumme terveyden edistämisessä ja millaista arkea rakennamme. Mihin suuntaan terveyden edistämisen tavoitteita ja tutkimus- sekä kehittämistyötä tulisi linjata? Terveyttä edistävässä toiminnassa ja kaikessa kehittämisessä on tärkeää huolehtia yksilöiden inhimillisyyden arvon säilyttämisestä ja inhimillisestä huolenpidosta. Pohdittavaksi jääkin, mitä kyseiset asiat merkitsevät omassa työssäsi, opiskelussasi ja arjessasi.

1.2 Terveyden edistämisen eettinen perusta

Anna-Maija Pietilä, Helena Länsimies-Antikainen, Kirsi Vähäkangas ja Tuula Pirttilä

Etiikka muodostaa terveyttä edistävän toiminnan perustan. Etiikan tehtävänä on antaa valmiuksia vastata niihin moninaisiin kysymyksiin, joita kohdataan jokapäiväisessä elämässä.

Terveyden edistämisen eettistä perustaa tarkastellaan niin yksilö-, yhteisö- kuin yhteiskuntatasolla ja tarkastelussa huomioidaan kulttuuriset, ajalliset ja globaalit näkökohdat. Terveyden edistäminen onkin arvotyöskentelyä, jossa pyritään mahdollistamaan inhimillisen elämän toteutumista. Yksilö on omien terveysvalintojensa tekijä mutta samalla kuitenkin sidoksissa oman ympäristönsä ja yhteiskuntansa mahdollisuuksiin. Terveyden edistämisessä terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä on keskeinen rooli. Ammattilaisten toiminnassa etiikka ilmentää niitä valintoja, joilla pyritään ihmisen parhaaseen.

Terveyden edistämisen eettisen perustan lähtökohtia

Terveyden edistämisen määrittely on todettu haastavaksi (esim. Davies & Macdowall 2006, Wills 2007, Piper 2008, Whitehead 2009), koska se käsittää hyvin laajan toimintakentän. Kansainvälisesti jo Ottawan asiakirjassa (Ottawa Charter 1986) tuotiin esiin kyseisen käsitteen laaja-alaisuus ja monisäikeisyys. Asiakirjan mukaan terveyden edistämi-

nen on muun muassa terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista, yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämistä sekä terveyspalveluiden uudistamista. (Porter 2007.) Pyrkimyksenä on siis parantaa ihmisten mahdollisuuksia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista huolehtimiseen. Jotta tällainen toiminta olisi mahdollista, on tärkeää sisäistää terveyden edistämisen arvoperustainen luonne. Arvoista keskusteltaessa lähtökohtana on eettinen ajattelu. Terveyden edistämisen etiikan kulmakivi onkin kuvattu Ottawan julistuksessa, ja sitä pidetään maailmanlaajuisesti yhä edelleen terveyden edistämisen etiikan perustana. Eettiset näkökohdat korostuvat, koska terveyden edistämisessä on yleensä kysymys ihmisten elämään puuttumisesta, joskin tällä työllä pyritään lisäämään hyvän elämän toteutumista.

Terveyden edistämisen merkitys tulee esille Suomen hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007) ja monissa muissa kansallisissa ohjelmissa ja linjauksissa (STM 2001, 2008), joissa painotetaan, että erityisesti hyvän terveyden saavuttaminen on perustavanlaatuinen ihmisoikeus. Ohjelmissa todetaan, ettei terveyteen panostaminen ole lisäkustannus vaan investointi, joka tuottaa hyvinvointia. Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt terveyden ”täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi” (Ottawa Charter 1986). Täydellisyyteen voi pyrkiä, mutta siihen ei koskaan päästä. Lähes jokainen ihminen sairastaa jossain elämänsä vaiheessa, mutta kroonisetkaan sairaudet eivät hyvin hoidettuna estä normaalia elämää. Realistista onkin tavoitella parasta mahdollista terveyttä ja sellaista tilannetta, joka sallii ihmisten elää yksilöllisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti hyödyllistä elämää.

Terveys on siis suhteellista ja paljon muutakin kuin sairauden puuttumista. Yksilöllisten ratkaisujen ja elämäntapojen lisäksi siihen vaikuttavat laajasti ihmisen psyykkinen hyvinvointi, työolosuhteet, elinympäristö ja yhteiskunnalliset päätökset. Objektiivisen, mitattavissa olevan terveyden lisäksi terveyttä voidaankin pitää kokemuksena terveydestä. (Eriksson ym. 2008.) Suomalaiset tutkimukset osoittavat, että terveyteen sidottua elämänlaatua heikentävät enemmän vaikeat tunne-elämän häiriöt ja toimintakykyä heikentävät sairaudet kuin krooninen sairaus sinänsä (Saarni ym. 2007). Ihminen voi siis kokea itsensä hyvinvoivaksi ja elämänsä hyödylliseksi, vaikka hänellä olisi pitkäaikaissairaus. Kokemuksellinen terveys vaihtelee eri kulttuureissa ja väestö-

ryhmissä, ja siihen liittyvät sosiaalisesti hyväksytyksi tuleminen ja yhteisön osana oleminen.

Terveyden edistämisen toimet ovat aikasidonnaisia. Bioetiikan työryhmä (Nuffield Council on Bioethics 2007) on todennut, että 150 vuodessa ihmisten odotettu elinikä on pidentynyt lähes 70 prosenttia. Tämä muutos on tulosta lukuisista kansanterveyden eteen tehdyistä julkisista toimista (esimerkiksi rokotukset, puhdas vesi, lasten ja työntekijöiden suojeleminen erityisellä lainsäädännöllä). Vaikka eliniän odote on kaiken kaikkiaan pidentynyt, kuilu yhteiskunnan eniten ja vähiten terveiden välillä ei ole hävinnyt (ks. myös ETENE 2008). Monet yksilön terveyteen liittyvistä valinnoista ovat sidoksissa niihin mahdollisuuksiin ja arvostuksiin, joita yhteiskunta kunakin ajankohtana osoittaa. Tällöin on liian yksinkertaista olettaa, että vain yksilön omat valinnat vaikuttavat terveyteen. Eettisestä näkökulmasta on merkittävää ottaa huomioon erityisesti haavoittuvat ryhmät, muun muassa lapset ja vanhukset.

Terveys on tärkeää sekä yksilölle että koko yhteiskunnalle. Terveys onkin viime vuosina noussut suomalaisten tärkeimmäksi arvoksi. Tutkimuksissa on todettu, että kaikkiaan 43 prosenttia suomalaisista pitää terveyttä tärkeimpänä arvona (Borg ym. 2007). Suomen perustuslaki velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 19 §).

Mutta kuinka tiukasti julkisen vallan pitäisi puuttua terveyskäyttäytymiseen ja terveydelle epäedullisiin oloihin? Terveyden nimissä on kautta aikojen syyllistytty myös ihmisoikeusloukkauksiin, mistä esimerkkinä ovat erilaiset rodunjalostusohjelmat. Suomessakin on käytetty selkeästi rotuhygieenisiä perusteita perusteena abortille, pakkosterilisaatiolle tai avioliiton kieltämiselle (Mattila 1999). Esimerkiksi sterilointilakia, joka hyväksyttiin maaliskuussa 1935, valmistellut komitea, perusteli pakkosterilointia seuraavasti: ”Yleisesti tunnustettu oikeusperiaate on, että yksilön edun on väistyttävä, silloin kuin hänen ja yhteiskunnan edut jollakin alalla joutuvat ristiriitaan keskenään. Kun ei ole yhteiskunnan etujen mukaista, että siihen uusiksi jäseniksi tulee heikkomielisiä, mielisairaita ja kaatumatautisia, on katsottava voitavan vaatia, että niiden yksilöiden, joilla on tällaisia tauteja synnyttäviä perintöaiheita, on alistuttava steriloitavaksi.” (Mattila 1999.) Mattilan mukaan vuosina 1956–1963 tehtiin 3 573 rotuhygieenistä sterilointia ja aborttilain aikana tehtiin noin 4 000 aborttia eugeenisin perustein. Epileptikot ja kuuromykät tarvitsivat erityisluvan avioliittoon

aina vuoteen 1970 saakka. Edelleenkin esimerkiksi aborttilainsäädäntö mahdollistaa abortin sillä perusteella, että syntyvä lapsi sairastaisi vakavaa perinnöllistä sairautta.

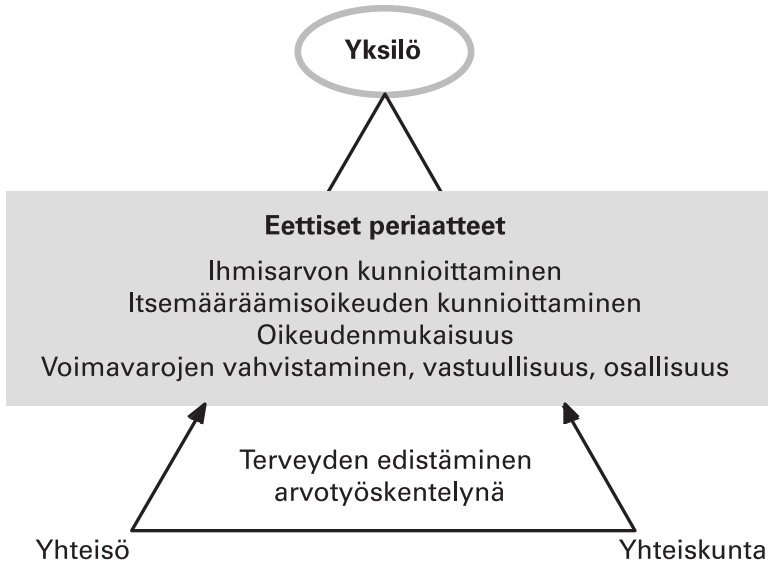
Terveyden edistämisen eettisiä periaatteita

Terveydenhuollon keskeisenä eettisenä periaatteena on kautta historian ollut ihmisarvon kunnioittaminen. Lisäksi eettisiä keskeisiä kysymyksiä ovat haavoittuvien ryhmien ihmisoikeudet, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, ihmisen vastuu omista elämänvalinnoistaan ja priorisointi voimavarojen käytössä. Esimerkiksi hoitojärjestelmät ovat vaarassa pirstoutua erilaisten intressien puristuksessa, ellei niillä ole yhteistä arvopohjaa. Terveydenhuollossa ei näin saisi kadottaa välittämisen kulttuuria, joka pohjautuu inhimilliseen myötätuntoon. Etiikka ei ole vapaata arvoista, joten myös terveydenhuollon eettiset käsitykset vaihtelevat kulttuureittain ja aikakausittain. On kuitenkin tunnistettavissa tiettyjä perustavia käsityksiä, jotka eivät ole muuttuneet. Yksi tällainen perusarvo on ihmisarvo. (Lindqvist 2004, vrt. Teperi ym. 2009.) Tietoisen eettisen pohdinnan avulla ihmisten on helpompi tehdä mielekkäitä ja kestäviä valintoja, arvioida omaa ja toisten toimintaa sekä tutkia toimintansa perusteita. Monet käsitykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä ovat yleismaailmallisia, mutta niiden painotukset ja tulkinnat vaihtelevat kulttuurista toiseen ja poliittisten tilanteiden mukaan. (ETENE 2001.)

Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on uudempi arvo, jota nykyään pidetään (lähes) yhtä tärkeänä kuin ihmisarvoa. Yksilön itsemääräämisoikeudella onkin nyky-Suomessa vankka asema (Launis 2007). Pyrkimys itsemääräämisoikeuteen on ihmisen yksi keskeinen ominaisuus. Lähtökohtana on se, että yksilölle tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita mutta ihmiset päätyvät ratkaisuihin omien arvojensa pohjalta (Leino-Kilpi ym. 2002). Itsemääräämisen kunnioittamista ja sen edellytyksien tukemista pidetään keskeisenä terveyttä edistävässä työssä. Vastuu omaa elämää koskevien päätösten seurauksista on siis yhä enemmän ihmisellä itsellään. Tannahill (2008) toteaakin, että keskustelu terveyden edistämisen etiikasta on kiinteässä yhteydessä siihen, mitkä ovat asenteet autonomiaa kohtaan. Hänen näkemyksensä on, että yksilön voimavarojen vahvistaminen yhdistettynä kunnioitukseen on suositeltava periaate terveyden edistämisessä. (Kuva 1.2.)

Nämä periaatteet joutuvat koetukselle erityisesti terveyttä edistävässä toiminnassa. Tarvitaan keskustelua siitä, miten tätä toimintaa tulisi toteuttaa eettisesti kestävällä pohjalla ihmisiä syyllistämättä ja liiallisia pakkotoimia välttäen (ETENE 2006). Terveyden edistämisessä joudutaan sen vaikean kysymyksen eteen, onko ihmisellä aina oikeus arvioida asioita omalta kannaltaan ja tehdä myös itselleen haitallisia valintoja. Normatiivinen ihmisen elämäntapoihin ja yksilöllisiin ratkaisuihin puuttuminen ja niiden rajoittaminen on eettisesti ongelmallista. Mikä yhteinen tai toisen ihmisen etu tai vahingon estäminen oikeuttaa yksilön itsemääräämisoikeuteen puuttumisen? Esimerkiksi raskaana olevan äidin oikeus tupakointiin ja alkoholin käyttöön on voimakkaasti kyseenalaistettu. Toisaalta juuri tällaisissa riippuvuutta aiheuttavissa tavoissa ei ehkä olekaan enää kysymys omasta tahdosta tai valinnasta vaan biologisesta pakonomaisesta käyttäytymisestä. Antaako se oikeuden äitien pakkohoitoon raskauden aikana? Äidin raskauden aikaisen alkoholin käytön sikiöaikana vammauttama nuori nainen vastasi televisio-ohjelmassa tähän kysymykseen myöntävästi.

Toisaalta demokratiaan sisältyy kuitenkin ihmisen vapaus valintoihin, kunhan hän ei vaaranna muita. Tämän mukaan aikuisten ihmisten sallitaan toimia vapaasti jopa silloin, kun arvellaan, että heidän toimintansa seuraukset ovat heidän terveydelleen ja hyvinvoinnilleen haitallisia. Aikuisella on lupa vaarantaa terveytensä esimerkiksi tupakoi-



Kuva 1.2 Eettiset periaatteet terveyden edistämisessä.

malla tai alkoholin liikakäytöllä tai kieltäytymällä lääkärin määräämästä lääkityksestä. Jos kyseessä on voimakas riippuvuus, tai ihmisen kyky tajuta toimintansa tuloksia on heikentynyt, voidaan keskustella siitä, onko täydellinen itsemääräämisoikeus eettisesti oikein vai suorastaan sairaan ihmisen hylkäämistä. Miten pitkälle ihmisen vapauteen voidaan puuttua, jos hän vaarantaa oman terveytensä? Voidaan ajatella, että terveydelle vaarallinen käyttäytyminen on yksilön omaan ihmisarvoonsa kohdistama loukkaus ja se vähentää hänen panostaan yhteisessä elämässä. (Pursiainen 2008.)

Onko ihminen velvollinen kantamaan vastuun päätöksistään, jos hän ei noudata terveyssuosituksia? Pohdintaa herättää se, että ihmisiä syyllistetään, kuten niissä puheenvuoroissa, joissa ehdotetaan hoitojen epäämistä tai omavastuun suurentamista niin sanotuissa itse aiheutetuissa sairauksissa. Vaikka ihminen on itse vastuussa elämästään, sairastumista ei voi hallita eikä sairastunutta saa hylätä tähän vastuuseen vetoamalla. Jos haitallinen käyttäytyminen yhteisössä vähenee, on vaarana, että arvot koventuvat entisestään väärin käyttäytyviä kohtaan. On esimerkiksi keskusteltu siitä, että fyysinen kunto tai tupakointi voisi olla työntekijöiden rekrytointiin vaikuttava asia. Pahimmillaan terveysintoilu saattaa johtaa epäoikeudenmukaiseen syrjintään ja hyvinvoinnin heikentymiseen. Ylipainoisuuteen vaikuttavat ravitsemus- ja liikuntatottumusten lisäksi perintötekijät, joita ihminen itse ei voi valita. Terveyden korostaminen ja liiallinen ihannointi saavat ihmisen tuntemaan epäonnistumisen tunteita ja mielipahaa. Toisaalta myös laihdutus voi viedä hengen. Entä onko liiallinen työnteko ja siihen liittyvä uupuminen itse aiheutettu sairaus? Työterveyslaitoksen pääjohtaja Harri Vainio (2008) toteaa: ”Terveyden edistämiseen työpaikalla tarvitaan muutakin kuin saarnaamista terveellisistä elintavoista. Tarvitaan mahdollisuus tehdä mielekästä työtä ja vaikuttaa töiden järjestelyyn, mahdollisuus lepoon ja elpymiseen.”

Lisäksi on tärkeää muistaa, että monet fysiologiset, psykologiset (mm. sellainen lapsuus, joka ei anna hyviä edellytyksiä elämälle) ja yhteiskunnalliset (mm. köyhyys ja syrjäytyminen) tekijät voivat heikentää ihmisen mahdollisuuksia vastuun ottamiseen. Silloin kun yksilöllä ei ole kykyä, tietoja tai mahdollisuutta oman elämänsä ohjaamiseen, vastuuta ei voi vierittää pelkästään hänen harteilleen, vaan hyvä yhteiskunta pitää huolta kaikista jäsenistään. (STM 2001.) Jälleen palataan siihen seikkaan, että terveyden edistäminen edellyttää jatkuvaa

eettistä tarkastelua ja terveyden edistämisen tapojen pohdintaa (Cribb & Duncan 2002; Naidoo & Wills 2009).

Itsemääräämisen kunnioittaminen on rinnastettavissa ihmisen vastuuseen omasta terveydestään. Omia elämäntapoja arvioitaessa ja terveysvalintoja tehtäessä on pyrkimyksenä hyvä elämä. Länsimies (2008) pohtiikin, kuka määrittää kansalaisen hyvän. Onko se kansalainen itse vai hänen lähipiirinsä, vai onko se yhteiskunta ja sen sosiaaliset rakenteet (esimerkiksi päiväkoti, oppilaitos, varuskunta, työpaikka, asuinpaikan infrastruktuuri ja palvelujärjestelmät) vai yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja asenteet? Mikä on elämän tavoite? Onko valintojen kautta muodostuvan elämän tavoitteena terve kansalainen, hyvä kansalainen vai onnellinen kansalainen? On tärkeää ymmärtää, ettei terveys ole hyvän toteutumisen tai onnellisuuden ja mielihyvän välttämätön ehto. Onnellisuuden kokemisen esteenä ei myöskään ole sairaus. (Länsimies 2008.)

Terveyden edistämisen eettisten ongelmien kohtaaminen

Yksi keskeinen eettinen ongelma on terveyden epäoikeudenmukainen jakautuminen. Eri väestöryhmien väliset terveyserot ovat niin Suomessa kuin muualla maailmassa suuret ja mahdollisesti jopa lisääntymässä. (Jagger ym. 2008, WHO 2008, Womack 2008.) Vähemmän koulutettujen elämäntavat ovat epäterveellisemmät kuin korkeammin koulutettujen. Koulutus vaikuttaa terveyteen liittyviin tietoihin ja arvoihin, ammattiuraan ja elinympäristöön. Lainsäädännöllä ja hintapolitiikalla on pyritty vähentämään tupakointia ja alkoholin kulutusta. Toimenpiteillä ei kuitenkaan ole pystytty vaikuttamaan riskikuluttajiin ja sosiaaliluokkien välisiin eroihin. Elintavat eivät ole pelkästään yksilön valinnan tulos, vaan syrjäytyminen, kouluttamattomuus ja sosiaalisten verkostojen puute periytyvät. Näiden tekijöiden tunnistaminen ja niihin vaikuttaminen on keskeistä koko väestön terveyden edistämisessä. (Koskinen 2007, ETENE 2008.)

Terveyden eriarvoisuus ei ole väistämätöntä. Rakennetekijät vaikuttavat koko elämänkaaren ajan alkaen lapsuuden elinoloista eläkeiän elinoloihin saakka. Yksilön käyttäytymisen lisäksi onkin pyrittävä puuttumaan myös rakennetekijöihin. Mutta miten paljon rajoituk-

sia yhteiskunta voi asettaa? Pitäisikö yhteiskunnan puuttua tiukemmin esimerkiksi tuotemarkkinointiin, terveydelle haitallisten tuotteiden hintapolitiikkaan tai yksityisautoiluun? Terveelliset elintavat eivät ole pelkästään ihmisen vapaan valinnan tuloksia eivätkä yksin hänen vastuullaan. Elintapoihin ja valintoihin vaikuttavat myös taloudelliset mahdollisuudet, perinteet, muoti, arvot, normit ja markkinointi. Terveyteen vaikuttavat niin ikään liikenne, asuminen, elintarvikkeiden laatu ja saatavuus, elinympäristö, työllisyys ja sosiaaliturva. Yhteiskunnallisilla päätöksillä on siis huomattava vaikutus terveyteen ja päättäjillä vastuu terveyden edistämisessä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden rooli ja eettinen toiminta terveyden edistämisessä

> Joka kerta toisen ihmisen kohdatessamme kohtaamme myös etiikan. Kuinka suhtaudun tähän yksilöön? Kuinka kohtaan hänen tarpeensa parhaiten? Kuinka paljon aikaa voin käyttää? Millaisia seurauksia toimillani on? Näenkö toisessa ihmisessä objektin vai yksilön? Etiikassa on siten kysymys taidosta olla ihminen (toiselle ihmiselle).
>
> (Einhorn 2007)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävänä on edistää terveyttä silloinkin, kun joudutaan kohtaamaan muutoksia, joita sairaus aiheuttaa yksilön terveyteen. Terveyden edistämisen tavoitetta voidaankin pitää lähtökohdiltaan oikeana, koska sen tavoitteena on ihmisen hyvä. Esimerkiksi sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) todetaan, että sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää hoitoa; kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (ks. myös Tehy 2009). Suomen Lääkäriliiton eettisissä ohjeissa (1988) todetaan, että lääkärin päätavoite on edistää terveyttä ja sen saavuttamista. Yksilön kannalta terveyden edistämistä voidaan

pitää prosessina, johon kuuluu mahdollisuus tehdä terveyttä ylläpitäviä ja parantavia valintoja. Tämä edellyttää ympäröivältä yhteiskunnalta näitä valintoja tukevaa toimintaa, kuten taloudellisia edellytyksiä ja terveellistä ympäristöä. Käsitys terveyden edistämisestä on siten laajentunut niin, että se koskee terveydenhuollon lisäksi myös muita yhteiskunnan osa-alueita, kuten yhdyskuntasuunnittelua ja politiikkaa (Parviainen ym. 2007). Lisäksi koulutuksen merkitys on tärkeää ottaa huomioon (Grandes ym. 2008).

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat kautta aikojen ohjanneet eettiset normit. Eettisesti hyvänä toimintana on pidetty ennen kaikkea toimivan subjektin omaa luovaa, itsekriittistä ja vapaaehtoista itsesäätelyä tärkeimpinä pidettyjen arvojen toteuttamiseksi ja puolustamiseksi. Arkkiatri Risto Pelkonen (2005) on todennut, että etiikka perustuu ensisijaisesti vastuun tiedostamiseen, autonomiaan ja vapauteen. Eettisesti tasokkaan toiminnan subjektiksi voidaan tällöin ajatella yksittäinen terveydenhuoltoalan ammattilainen, koko ammattikunta tai hoitoyhteisö.

Ammattietiikka syntyy sisäistämisen prosessissa, kun ammattilainen liittyy alansa perinteeseen, ammattikuntaansa ja ammattikäytäntöönsä. Tämän prosessin kautta ammattilainen luo kokonaisvaltaisen mielikuvan siitä, mikä on hänen työnsä arvoperusta, millaiset toimintatavat ovat hyväksyttäviä, mihin päämääriin on oikein pyrkiä ja millaista persoonallista otetta hän työssään tavoittelee. Esimerkiksi eettisesti hyväksi koettu asiakkaan inhimillinen kohtelu nousee tällaisesta ammattiroolin persoonallisesta sisäistämisestä. Terveydenhuollossa nykyisin tärkeäksi tunnistettu hyvä etiikka ilmentää ammatillista autonomiaa ja vapaaehtoista pyrkimystä potilaan parhaaseen. Se ei siis riipu siitä, millainen kontrollijärjestelmä on olemassa ja millaisiin palkintoihin tai rangaistuksiin se perustuu. (Pelkonen 2005.)

Tutkimusnäyttö ja tiedon oikeellisuus

Terveyttä edistävässä toiminnassa on tärkeää tiedon välittäminen. Tieto mahdollistaa terveyttä edistävien valintojen tekemisen. Tässä on kysymys kahdesta tärkeästä asiasta: tiedon oikeellisuudesta ja rehellisyydestä ja kommunikaation onnistumisesta. (Ks. Fishbein 2008.) Ammattihenkilöiden jakaman tiedon tulee perustua tutkimusnäyttöön,

vaikka yhä edelleen terveyteen liittyy paljon uskomuksia. Tutkimusnäyttö ei kuitenkaan takaa tiedon oikeellisuutta. Tutkimuksen lähtökohtana on olemassa olevaan tietoon pohjautuva hypoteesi, joka voi olla virheellinen. Lisäksi hyvinvoinnin lisäämisen sijasta keskitytään usein sairauksien riskitekijöiden tunnistamiseen. Myös tutkimusten tulokset vaihtelevat. Tätä vaihtelua selittävät monet tekijät: tutkimusmenetelmät, tutkittavat kohortit, hypoteesit ja tulosten tulkinnat. Yksiselitteisiä, ”oikeita” vastauksia terveellisistä elämäntavoista on tutkimustiedossa hyvin vähän, joskin ne luovat käsityksen siitä, mikä on normaalin raja ja milloin asiaan pitäisi puuttua. Tieto terveyttä edistävän toiminnan ja eri interventioiden vaikuttavuudesta on edelleen rajallista (vrt. Nutbeam & Harris 2004). Eri toimijoiden näkemykset siitä, mitkä ovat hyviä käytäntöjä terveyden edistämisessä, vaihtelevat suuresti. Ammattihenkilön ammattitaitoon kuuluu tietämyksen rajallisuuden ymmärtäminen ja välittäminen ihmiselle.

Tunteet vaikuttavat käyttäytymiseen voimakkaasti, mahdollisesti jopa voimakkaammin kuin tieto, eikä tunteita ja kognitiivisia prosesseja voida erottaa toisistaan (Nummenmaa 2006). Useiden teorioiden avulla on pyritty selittämään yksilön terveysvalintoja ja niihin johtaneita prosesseja. Useimmissa teorioissa (ks. Nutbeam & Harris 2004) oletetaan, että yksilöt käyttäytyvät rationaalisesti, ja näin unohdetaan tunteiden merkitys. Onkin niin, että ihminen muuttaa käyttäytymistään, kun se on hänen oman olemassaolonsa kannalta mielekästä. Välitön uhka on todennäköisesti voimakkaampi vaikutin kuin mahdollinen terveyden menettäminen tulevaisuudessa. Ehkä tämän takia terveyttä edistävässä toiminnassa käytetään enemmän hyväksi terveyden menetyksen uhkaa kuin hyvinvoinnin korostamista. Mutta onko vaarojen korostaminen eettisesti hyväksyttävä tapa pyrkiä muuttamaan yksilön käytöstä? Esimerkiksi tupakoinnin vähentämiseen pyrkivä ohjaus perustuu lähes yksinomaan uhkakuviin. Voidaanko ajatella, että ahdistuneisuus on vähäisempi haitta ihmisen hyvinvoinnille kuin keuhkosyövän ja verenkiertosairauksien riskin lisääntyminen? Kannattaisi myös pohtia, olisiko ryhmän tukeen nojaava toimintamalli tuloksellisempi käyttäytymisen muutoksen saavuttamiseksi kuin yksilökeskeinen toimintatapa. Yksilön arvot ja valinnat ovat yhteydessä esimerkiksi elinympäristön ja sosiaalisten verkostojen arvoihin.

Terveyden edistäminen on moninaisuutensa vuoksi haasteellista. Esimerkiksi Piper (2008) kuvaa artikkelissaan terveyden edistämisen

käsitteen laaja-alaisuuden problematiikkaa ja toteaa, että hoitotyössä sen abstraktius aiheuttaa hämmennystä ja kysymyksiä. Lisäksi haasteita aiheuttaa se, että terveyden edistäminen on arvotyöskentelyä, jossa terveyden edistäjä tekee työtään terveyden arvolähtökohdista ja pyrkii hyvään elämään. (Seedhouse 2009). Käytännöllisen filosofian dosentti Terho Pursiainen (2008) on todennut, että ”asiantuntijan roolina on auttaa yksilö tarkistamaan ajoissa hyvänkäsitystään niin, ettei hän joutuisi myöhemmin katumaan valintojaan”. Terveyden edistämiseen sisältyy sekä terveyttä lisääviä, promotiivisia, että sairautta ehkäiseviä, preventiivisiä toimintamuotoja, jotka usein edistävät molempia päämääriä. Tuloksena voi olla yksilön terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja yhteiskunnassa koulutuksen ja terveyspalveluiden kehittyminen. Onnistuneen toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvointina. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Terveyden edistäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Luonnollisesti tällöin joudutaan kysymään, mitä terveyden edistäminen oikeastaan on ja kuinka se näyttäytyy eri ammattiryhmien työssä. Yksiselitteistä vastausta on kuitenkin lähes mahdoton antaa. Toisaalta voidaan sanoa, että kyseisellä käsitteellä on niin monta määritelmää kuin on aiheen parissa työskentelevää asiantuntijaa, tutkijaa ja teoreetikkoa. Toisaalta taas on nähtävissä, että integratiivinen käsitys terveyden edistämisestä vie asiaa ratkaisevasti eteenpäin (Best ym. 2003, McCall ym. 2005, Grandes ym. 2008). Lisäksi on todettu, että tieteellisen tutkimuksen tuloksia pitäisi käyttää myös käytännön toimenpiteiden optimointiin, sen sijaan että yritetään todistaa käytännöllä aikaisempien tutkimusten relevanssi (Grandes ym. 2008). Tässä korostuu jälleen monitieteisen yhteistyön merkitys, koulutussektori mukaan luettuna.

Terveyden edistämisen etiikka sisältää lukemattomia kysymyksiä. Näistä kysymyksistä on koottuna esimerkinomaisesti seuraava luettelo. Eettisessä pohdinnassa yhteinen arvoperusta luo pohjan, josta vastauksia haetaan. Yhteisellä vuoropuhelulla voidaan parhaiten määrittää kulloisenkin terveyttä edistävän toiminnan perusteita. On kuitenkin huomioitavaa, ettei kaikkia kysymyksiä ole tässä ajassa mahdollista vielä edes esittää.

Terveyden edistämisen etiikka – lukemattomia kysymyksiä

1. Kuka määrittää, mitä ovat hyvinvoinnin tila ja hyödyllinen elämä? Kuka määrittelee yksilön hyvän? Onko valintojemme kautta muodostuvan elämämme tavoitteena terve kansalainen, hyvä kansalainen vai onnellinen kansalainen?

2. Kenen tehtävänä on määritellä, mikä on terveyttä edistävä elämäntapa ja minkälaiseen tietoon se perustuu? Esimerkiksi ravitsemussuositukset ja lastenhoitoon liittyvät suositukset vaihtelevat aikakausittain.

3. Keitä tai mitä varten terveyttä edistetään? Onko tavoitteena se, että työntekijät olisivat tuottavampia, vai se, että ihmiset voisivat paremmin sekä fyysisesti että henkisesti?

4. Kenen terveyttä halutaan edistää? Suljetaanko vammaiset, tietyn ikäiset tai jo sairastuneet terveyden edistämisen ulkopuolelle? Nykyään keskustellaan vakavasti alkoholisti-, huume- ja tupakoivien äitien pakkohoidosta. Eettisesti kyseessä on valinta, jossa vastakkain ovat äitien autonomia ja kehittyvän lapsen koko elämään vaikuttava terveys.

5. Ovatko nykyiset lähestymistapamme ja toimintamallimme oikeat? Milloin informaation jakaminen muuttuu pelotteluksi? Miten informoidaan yksilöä kunnioittaen? Miten huomioidaan tunteiden vaikutus toimintaa ohjaavana tekijänä?

6. Mikä on oikea ruokavalio? Asiantuntijoiden näkemykset eläinrasvojen ja antioksidanttien merkityksestä vaihtelevat edelleen suuresti. Kohonnut verenpaine ja kohonneet rasva- ja sokeriarvot ovat toisten mielestä tautien riskitekijöitä ja toisten mukaan pitkäaikaisia sairauksia.

7. Mihin interventiot perustuvat? Ovatko ne rationaalisia, tarkkaan harkittuja ja todistetusti vaikuttavia?

Lopuksi

Terveyden edistämisen keinoista ollaan monta mieltä. Yksittäisten toimenpiteiden hyöty lienee kyseenalainen, elleivät yleinen ilmapiiri ja yhteiskunnan rakenteet tue terveyden edistämistä. Toistaiseksi myös tiedetään liian vähän niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat esimerkiksi kommunikaation onnistumiseen terveyden edistämisessä. Pitäisikö toimenpiteiden siis kohdistua enemmän yhteiskunnan antamiin terveyden edistämisen edellytyksiin kuin yksittäisiin ihmisiin kohdistuviin toimenpiteisiin? Suoranainen pakottaminen on epäonnistunut niin monta kertaa sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla (esim. kieltolaki), että sitä kannattanee välttää. Ihmisillä on tarve kokea lait oikeudenmukaisiksi ja loogisiksi.

> Sivistysvaltio onkin olennaisesti perusasioista ja periaatteista huolehtimista. Sitä, että jokaisessa asiassa säilytetään inhimillisen huolenpidon näkökulma, eikä sallita ihmisyyden alistamista esimerkiksi pelkän talouden hyväksi.
>
> (Ojanen 2008)

Kaikkiaan on siis tärkeää pohtia, mikä on terveyden edistämisen päämäärä: ihmisten hyvinvointi vai taloudelliset näkökohdat. Nämä eivät kuitenkaan ole välttämättä vastakkaisia. On muun muassa osoitettu, että aivoinfarktin jälkeinen kuntoutus vähentää vanhuksillakin sairaalahoidon tarvetta ja samalla kustannuksia. Jos terveyden edistämisessä ajatellaan pelkästään yksilöiden hyödyllisyyttä yhteiskunnassa, joudutaan eettisesti kyseenalaiseen tilanteeseen muun muassa iäkkäiden tapauksessa. Vain ihmisarvoa kunnioittamalla päästään yhteiskunnassa tilanteeseen, jossa ihmiset kokevat elämänsä turvalliseksi ja mielekkääksi. Sitä paitsi suurikin yhteiskunnallinen hyöty voi olla vaikeasti mitattava asia. Ikääntyvät ja vanhat ihmiset tekevät omaishoitajina ja nuorten perheiden tukiverkostona äärimmäisen arvokasta, yhteiskunnalle hyödyllistä työtä. Ihmisten välinen kanssakäyminen lisää esimerkiksi lasten ja nuorten ymmärtämystä eri-ikäisistä ja erilaisista ihmisistä. Lisäksi inhimillinen yhteiskunta, jossa sukupolvet kohtaavat luontevasti, lienee myös terveyttä edistävä, etenkin jos yksinäisyyttä ja turvattomuutta kyetään vähentämään.

Inhimillinen, jokaisen elämänarvoa kunnioittava, tasa-arvoinen ja turvallinen yhteiskunta, joka pitää kaikista jäsenistään huolta ja mahdollistaa terveellisen elämäntavan, on terveyden edistämisen kannalta paras mahdollinen. On todennäköisesti hyvin vähän tilanteita, joissa eettisesti on oikein rajoittaa yksilön vapautta. Hylkääminen, pakottaminen ja leimaaminen eivät ole sivistyneen yhteiskunnan toimintatapoja edes terveyden edistämisen nimissä. Eettisesti (Helsingin julistuksen hengessä) ajateltuna ihmisarvon pitäisi ajaa taloudellisten näkökohtien edelle.

> Vaikka elämän koodi onkin kirjoitettu DNA:han ja redusoitavissa biofysikaalisiin tapahtumiin, ihmisen elämänkaari on toista maata, suuri kertomus iloista ja suruista, unelmista ja pettymyksistä, sairaudesta ja terveydestä, kasvusta ja kuolemasta.
>
> (Pelkonen 2003)

➟ Tehtäviä

1. Tutustu oman työyhteisösi terveyttä edistävää toimintaa ohjaaviin eettisiin periaatteisiin.
2. Millainen merkitys terveyden edistämisen etiikalla on mielestäsi yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasoilla? Pohdi asiaa esimerkkien avulla.
3. Mitä terveyden edistämiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä haluat esittää?

Oheiskirjallisuutta

Best A, Stokols D, Green LW, Leischow S, Holmes B, Buchholz K. 2003. An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. American Journal of Health Promotion 18(2), 168–176.

Borg S, Ketola K, Kääriäinen K, Niemelä K, Suhonen P. 2007. Uskonto, arvot ja instituutiot. Suomalaiset World Values -tutkimuksissa 1981–2005. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 4.

Cribb A, Duncan P. 2002. Health promotion and professional ethics. Blackwell Publishing Company, Oxford, UK.

Davies M, Macdowall W. 2006. Health promotion theory. Open University Press. Two penn Plaza, New York, USA.

Einhorn S. 2007. Aidosti kiltti. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström UÅ, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2008. Hoitotiede. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

ETENE 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja I.

ETENE 2006. Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002–2006. ETENE-julkaisuja 17.

ETENE 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE-julkaisuja 19.

Fishbein M. 2008. A reasoned action approach to health promotion. Med Decis Making 28(6), 834–844.

Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Balague L, Calderon C, Arrazola A, Vergara I, Millan E, Prescribe Vida Saludable group. 2008. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. BMC Health Serv Res.

Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine J-M, the EHLEIS team. 2008. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. Lancet, published online November 17.

Koskinen S. 2007. Terveyden eriarvoisuus ja terveyden edistämisen keinot. Sosioekonomisten terveyeserojen kaventamishanke. ETENE:n seminaari 23.8.2007 Helsinki, www.etene.fi.

Launis V. 2007. Moniarvoinen terveys. Areopagus-kustannus, Painosalama, Turku.

Leino-Kilpi H, Välimäki M, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Bansemir G, Cabrera E, Papaevangelou H. & Parland JM. 2002. Patient's autonomy, privacy and informed consent. Second Edition. IOS press Ohmsha, Amsterdam.

Lindqvist M. 2004. Terveydenhuollon valinnat. Eettisiä näkökohtia. Duodecim 120, 381–386.
Länsimies E. 2008. Omat terveysvalinnat ja etiikka. Teoksessa A-M Pietilä, H Länsimies-Antikainen (toim.). Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45, 141–151.
Mattila M. 1999. Kansamme parhaaksi. Rotuhygienia Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti. Suomen Histiriallinen Seura, Helsinki.
McCall DS, Rootman I, Bayley D. 2005. International School Health Network: an informal network for advocacy and knowledge exchange. Promot Educ. 12(3–4), 173–177.
Naidoo J, Wills J. 2009. Foundations for Health Promotion. Bailliere Tindall, Elsevier, Lontoo.
Nuffield Council on Bioethics. 2007. Public health: ethical issues. http://www.nuffieldbioethics.org.
Nummenmaa L. 2006. Kognitio ja emootio. Teoksessa H Hämäläinen, M Laine, O Aaltonen, A Revonsuo (toim.). Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, Turun Yliopisto, 301–310.
Nutbeam D, Harris E. 2004. Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories. The McGraw-Hill Companies, Australia.
Ojanen E. 2008. Sivistyksen filosofia. Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.
Ottawa Charter. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Canada.
Parviainen H, Laari L, Malinen L, Mikkonen N, Saikkonen P. 2007. Terveyden edistämisen barometri. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskus.
Pelkonen R. 2003. Elämä on vaarallista: riskilläkin on riskinsä. Duodecim 119, 1900–1905.
Pelkonen R. 2005. Potilas ja lääkäri. Teoksessa Lääkärin etiikka 2005. Suomen Lääkäriliitto. PunaMusta Oy, Joensuu, 15–18.
Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H, Halkoaho A, Vähäkangas K. 2008. Terveyden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. Hoitotiede 20(6), 304–313.
Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H (toim.). 2008. Etiikkaa monitieteisesti Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Porter C. 2007. Ottawa to Bangkok: Changing health promotion discourse. Health Promotion International 22(1), 72–79.
Pursiainen T. 2008. Kuka määrää ihmisen hyvän: ihminen itse vai ulkopuolinen? ETENE julkaisuja 19, 19–23.
Saarni S, Suvisaari J, Sintonen H, Koskinen S, Härkänen T, Lönnqvist J. 2007. The health-related-quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. Journal of Clinical Epidemiology 60 (12), 1288–1297.
Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. www.sairaanhoitajaliitto.fi.
Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005.

Seedhouse D. 2009. Ethics. The heart of health care. Third Edition. Wiley-Blackwell, Singapore.
STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveys-ohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2001:4. Helsinki.
STM 2008. KASTE-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön Julkaisuja 2008:6.
Suomen Lääkäriliitto. 1988. http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/eettinen_ohje.html.
Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. www.finlex.fi.
Tannahill A. 2008. Beyond evidence – to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. Health Promotion International 23, 4, 380–390.
Tehy. 2009. Aikamoisia arvoja. Pohdintoja hoitamisen etiikasta. Tehyn julkaisusarja F: 1/09.
Teperi J, Porter M.E, Vuorenkoski L, Baron J.F. 2009. The Finnish Health Care System: A value-based perspective. Sitra reports 82, Sitra.
Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. 5.12.2007. www.stm.fi.
Vainio H. 2008. Työpaikka terveyden edistämisen areenaksi: Työoloihin, työn tekemisen mielekkyyteen ja elintapoihin voi vaikuttaa. ETENE-julkaisuja 19, 43–52.
Wills J. 2007. Vital notes for nurses: Promoting health. Blackwell Publishing Ltd. Oxford, UK.
Whitehead D. 2009. Reconciling the differences between health promotion in nursing and 'general' health promotion. International Journal of Nursing Studies 46, 865–874.
WHO. 2008. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of helath. www.who.int/social_determinants/final_report/en/.
Womack H. 2008. Russia's next president needs to tackle health reforms. Lancet 371, 711–714.

1.3 Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista

Bengt Lindström ja Monica Eriksson

Useasti sairaudet, riskit ja kuolema ovat toimineet terveyden ja terveydenhuollon lähtökohtana. Historiallisesti tämä on ehkä selitettävissä siitä, että juuri sairaus ja sen synty (patologia) sekä ennenaikainen kuolema herättivät ihmiskunnassa kysymykset terveyden ilmiöstä. Jos asiaa lähestytään aivan toisesta lähtökohdasta eli itse terveyden, sen synnyn ja terveyttä tuottavien voimavarojen pohjalta, liikutaan aivan erilaisessa käsitysmaailmassa. Vasta 1970-luvun loppupuolella tälle ajatukselle syntyi oma paradigma, tieteellinen keskustelu, ja uusi teoreettinen ja filosofinen pohja, kun lääketieteen sosiologi Aaron Antonovsky herätti käytännön ja tutkimusten pohjalta kysymyksen salutogeneesista: siitä, mistä terveys syntyy.

Salutogeneesi antaa suunnan terveyttä kohti

Maailman Terveysjärjestön (WHO:n) terveysmääritelmässä todettiin jo 60 vuotta sitten, että terveys on muuta ja enemmän kuin sairauden puutetta. Terveys-käsite kytkeytyy silti voimakkaasti sairauskäsitteeseen, terveysriskeihin ja patologiaan. Kesti melkein kolmekymmentä vuotta, ennen kuin Aaron Antonovskyn uraa uurtava uusi teoreettinen näkökulma, salutogeneesi (terveyslähtöisyys), terveydestä ja sen syntymekanismeista ilmestyi. Sen lähtökohtana on, mitkä voima-

varat voivat edistää terveysprosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatasoilla. Keskeisiä ovat koko elämänkaaren kestoiset prosessit, joiden tarkoitus on tukea ja edistää terveyttä elämään liittyvänä voimavarana.

Tässä luvussa selvitetään salutogeneesin teoria ja käytännön sovellukset ja esitetään sen tärkeimmät tutkimustulokset. Todennäköisesti tulevaisuuden terveydenhuollon ja kansanterveystieteen toimikenttä keskittyy terveyden edistämiseen ja hyvinvoinnin kehitykseen. Salutogeneesi on tärkeä tekijä tässä kehityksessä.

Salutogeneesin tausta

Aaron Antonovsky esitti teoriansa 1970-luvun loppupuolella terveyden alkuperästä (salutogeneesi) eli siitä, mistä terveys syntyy (Antonovsky 1979, 1987). Monet teoriat, joissa tunnistetaan terveysvoimavarat ja niiden merkitys terveyden kehityksessä, tukevat Antonovskyn ajattelutapaa. Antonovsky oli ammatiltaan lääketieteen sosiologi ja stressitutkija. Idea salutogeneesiin syntyi tavallisen epidemiologisen tutkimuksen sivulöydöksenä. Tutkimuskohteena olivat menopaussi-iässä olevat naiset, jotka olivat kärsineet äärimmäisen kovasta stressistä ja kokeneet useita negatiivisia tapahtumia elämässään. Näistä yhtenä ryhmänä oli toisen maailmansodan keskitysleireiltä eloon jääneet juutalaisuhrit. Yleisesti tiedetään, että eloon jääminen näissä oloissa oli melkein täysin sattumanvaraista. Lisäksi useimmat näistä uhreista kärsivät monenlaisista terveysongelmista arki- ja työelämässä sekä henkisesti että fyysisesti. Hämmästyksekseen Antonovsky havaitsi ja totesi, että osa näistä naisista pystyi elämään aivan normaalia elämää ja että heillä oli hyvä perhe- ja työelämä sekä hyvä sosiaalinen verkosto. Miten tämä yllättävä löydös voi olla mahdollinen?

Tutkimuksen tuloksena löytyi uusi ymmärrys salutogeneesista (vrt. patogeneesi – sairauden synty) ja niistä voimavaroista, joista terveys kehittyy tähän suuntaan. Näiden ihmisten suhtautuminen elämään oli ratkaiseva tekijä. Ensinnäkin he uskoivat joka tilanteessa, että ongelmiin löytyy ratkaisu, eli heidän perusasenteensa oli optimistinen. He kokivat elämän haasteeksi ja tunnistivat elämän tarkoituksenmukaisuuden missä oloissa tahansa. Lisäksi he olivat oppineet käyttämään hyväkseen omia ja ympäristön yleisiä voimavaroja (generalized

resistance resources). Tätä kykyä, jossa ihminen pystyy käyttämään voimavarat hyväkseen, Antonovsky nimitti yhtenäisyyden- tai koherenssin tunteeksi (sense of coherence). Antonovsky oli havainnut uuden lähestymistavan terveyden kehitykseen voimavarojen ja kyvyn kautta. Samalla terveystiede oli saanut uuden suunnan. Nykyisin, 30 vuotta myöhemmin, meillä on vankat tieteelliset ja käytännön todisteet toimivasta salutogeenisesta terveyden edistämisen mallista. (Eriksson 2007.)

Ottawa Charter ja salutogeneesin tulkinta terveyden edistämisessä

> Terveyden edistäminen on prosessi, joka edesauttaa ihmisen kykyä hallita omia terveyden determinantteja ja täten parantaa terveyttään mahdollistaen aktiivisen ja tuottoisan elämän.
> (WHO 1986)

Suomen kansainvälinen vaikutus terveysalalla viimeisten 40 vuoden aikana on näyttävä. Kansanterveyslakimme vuodelta 1972 toteutti ensimmäisenä maailmassa esimerkillisesti ja edellä aikaansa WHO:n perusterveydenhuollon uudet vaatimukset ja periaatteet. EU:n ja WHO:n terveyspolitiikan keskeisessä kehityksessä 2000-luvulla (Terveys kaikissa politiikoissa, Health in All Policies) Suomi on ollut etualalla, ja toiminnot ovat olleet vaikuttavia (Ståhl 2006). Kansanterveyslakia uudistettiin 2000-luvun alussa, mikä vauhditti terveydenhuollon rakenteellista kehittämistä. Terveyden edistämisen tärkeyttä korostettiin toteamalla, että kaiken terveydenhuollon tulisi olla terveyttä edistävää ja ihmisen ja yhteiskunnan hyvinvointiin tähtäävää. WHO:n kansainvälisten suuntaviivojen tulisi toteutua käytännön terveyttä edistävässä toiminnassa, jotta Suomen terveydenhuollon laatu olisi hyvä myös kansainvälisesti. Lisäksi terveysalan tutkimus on luonut merkittävän lähtökohdan Suomessa myös alan koulutukselle. Näistä lähtökohdista Suomessa on edelleen tärkeää kehittää laadukasta terveyden edistämistä, jolla pyritään toteuttamaan Ottawan julistuksen perusarvoja ja periaatteita niin tutkimuksessa, koulutuksessa kuin käytännössä.

Terveyden edistämisen määritelmän keskeiset sisällöt:

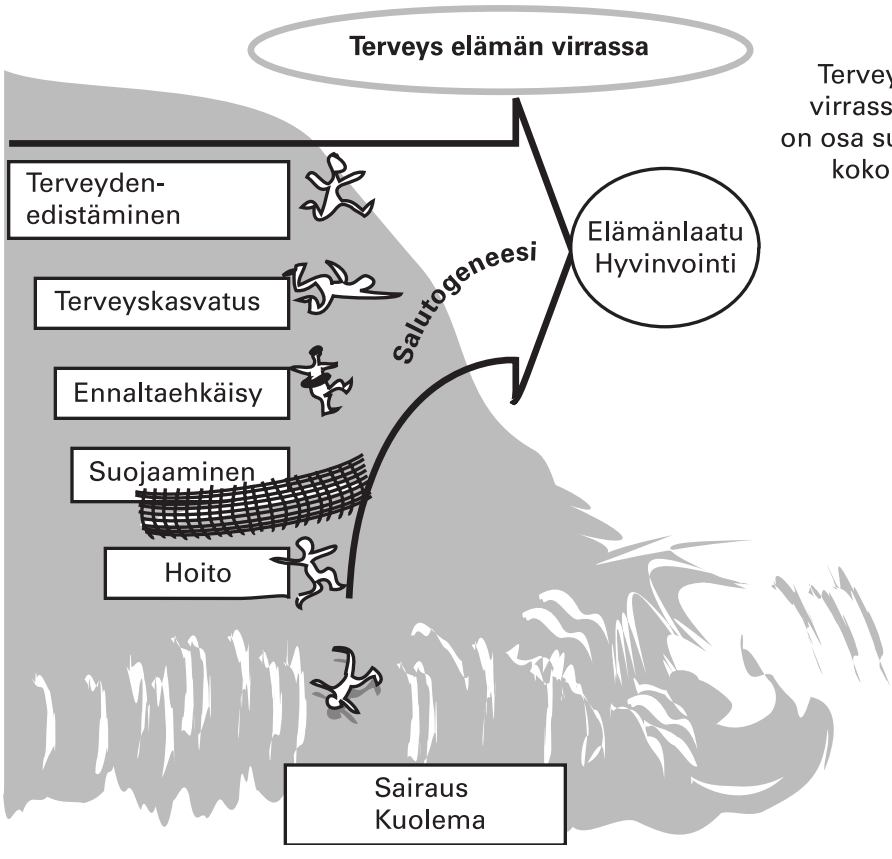
1. Prosessi: WHO:n aikaisemmassa määritelmässä terveys edusti tiettyä tilaa, kun taas Ottawa Charterin mukaan terveys on prosessi, joka jatkuu läpi elämän.
2. Ihmisen kyky kontrolloida omia terveyden determinantteja: Terveysalan ammattilaiset käyttävät asiantuntemuksensa tavalla, joka luo kuluttajille (potilaille) mahdollisuuksia ymmärtää itse, mitkä tekijät ovat tärkeitä ja tukevat heidän terveyttään. Tämä edustaa niin sanottua voimaantumisen lähestymistapaa.
3. Aktiivinen ja tuottoisa elämä: Terveys ei ole terveysprosessin päämäärä, vaan päämääränä on hyvä elämä tai hyvä elämänlaatu (tai hyvinvointi).

Terveyden edistämisen lähtökohtana on, että ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. Terveysalan ammattihenkilöiden on tärkeää tunnistaa tämä ammattitoiminnassaan, jossa keskeisenä asiana ovat terveyttä koskevat perusarvot ja kyky omaksua ne omaan terveyskäsitykseen. WHO:n terveys-käsitteen määritelmä vuodelta 1948 on edelleen paljon esillä: ”Terveys ei ole ainoastaan sairauden puuttumista, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila.” Sittemmin WHO on liittänyt käsitteeseen kokonaisuuksina fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen terveyden neljä ulottuvuutta (Mahler 1987). WHO:n terveyden määrittelyssä ei tarkastella terveyttä elämänlaadun tai elämän kokonaisuuden näkökulmista. Terveys-käsite kytkeytyy kuitenkin edelleen sairaus-käsitteeseen, minkä vuoksi terveyden edistämisen paradigmaa kuvataan osaltaan riskitekijöiden, sairauden ja sairauden hoidon kautta. Tavallaan se on aiheellista, mutta samalla se edustaa puutteellista kokonaisuutta. Yhdysvalloissa arvovaltainen Institute of Medicine on tehnyt samankaltaisen johtopäätöksen ja todennut: ”Yksi tämän vuosisadan suurista haasteista on yhtenäisen kattavan terveyskäsitteen kehittäminen” (”What is needed for the education, field and practice of health professionals for the 21st century is to find a coherent health concept”). Tämä haaste koskettaa niin terveysalan koulutusta, käytäntöä kuin terveydenhuollon asiantuntijoita. (Beaglehole 2003.) Salutogeneesi soveltuu hyvin edellä mainittuun näkemykseen.

Uusi paradigma

Terveysalan lähtökohta on ollut seuraava: Jos tieto sairauksista ja niiden patologisista mekanismeista on tarpeeksi hyvä ja samalla on mahdollisuus hoitaa tai ehkäistä sairauksia, toiminta on optimaalista. Jos lisäksi on mahdollista määritellä sairauksien riskitekijät ja vaikuttaa niitä vastaan, riskit vähenevät, ja jos edistetään yksilöiden ja yhteisöjen tietoisuutta riskeistä, terveydenhuollon tavoitteet on optimaalisesti saavutettu. Mutta koska nämä asiat pätevät ainoastaan patologisessa paradigmassa, on kysyttävä, missä on näkemys terveydestä ja sen edistämisestä.

Sairauksien ja riskien ehkäiseminen sekä sairauden hoito toimivat eri mekanismeilla kuin terveyden edistäminen. Terveydenhuollon toiminta on kuitenkin usein kohdistettu ainoastaan sairauden hoitoon ja riskien ehkäisyyn. Sairastavuudesta ja kuolleisuudesta on systemaattista seurantatietoa, mutta terveyttä suojaavien tai vahvistavien tekijöiden ja voimavarojen seuranta on vähäisempää. Näkemykset pohjautuvat voimakkaasti vanhaan traditioon, jota osaltaan saattavat edustaa myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja asiakkaiden käsitykset. Tarvitaankin entistä tehokkaampaa synteesiä patologian ja saluto-



© Bengt Lindström

Kuva 1.3
Terveys elämän virrassa. Terveys on osa suurempaa kokonaisuutta, elämää.

geneesin välillä. Kuva 1.3 ja metafora ”terveys elämän virrassa” osoittavat sairaus–riski–preventio-paradigman (patologian) ja terveyden edistämisen (salutogeneesin) väliset erot.

Terveyden virrassa keskitytään tavanomaisen ajattelun mukaan virran alajuoksuun, jossa ovat sairaudet, kärsimykset ja kuolema. Nykyisin painopiste yhteiskunnassa on sen sijaan siirtymässä yläjuoksuun kohti ennalta ehkäisyä, terveystietoa ja terveyden edistämistä. Terveysnäkökulma on tosin edelleen suhteutettu sairauteen. Elämä on kuitenkin suurempaa kuin sairaus ja terveys, jotka edustavat kahta elämän kvaliteettia. Tällöin mukaan tulevat koko elinkaaren mittaiset prosessit, joiden tarkoituksena on tukea ja edistää terveyttä elämään liittyvänä voimavarana. Terveyden virran sijaan lienee parempi puhua elämän virrasta, jolloin voidaan keskittyä niihin voimavaroihin, prosesseihin ja yhteyksiin, joiden tuloksena on hyvä ja mielekäs elämä. Tieteellinen näyttö tällaisen näkemyksen toimivuudesta on jo vaikuttavaa, ja on myös näyttöä siitä, että nämä yhteydet sisäistettyään ihmiset elävät kauemmin, tekevät myönteisiä terveysratkaisuja ja kokevat oman, erityisesti psyykkisen terveytensä hyväksi. Myös heidän elämänlaatunsa on hyvä.

Terveysopetuksesta terveystiedon kautta terveelliseen oppimiseen

Tausta

Sivistys ja terveyteen liittyvä opetus ovat yhteydessä toisiinsa. Kansakoulun opetusohjelmaan kuului jo 1800-luvun alkupuolella terveystieto. Tähän aikaan kansanterveystieto kehittyi nopeasti kautta maailman, koska kaupungistuminen ja teollistuminen olivat johtaneet uusiin kaupunkiympäristöihin ja sen myötä tarttuvat sairaudet yleistyivät. Ihmiset asuivat huonoissa oloissa kaupungeissa, minkä johdosta kulkutaudit, kuten kolera ja punatauti, levisivät. Siihen aikaan sairauksien syitä ei tiedetty, mutta hygienian avulla onnistuttiin rajoittamaan sairauksien leviämistä. Suomessa kansakoulu ja kansanjärjestöt antoivat terveystietoa jo 1800-luvulla. Koulun opetusohjelmiin terveysopetusta sisällytettiin 1840-luvulta lähtien. Myöhemmin Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL) ja Folkhälsan, jotka perustettiin 1920-luvulla, olivat miltei samalla aatteellisella pohjalla: kansanterveys ja sivistys olivat keskeiset asiat.

Terveysopista alettiin puhua 1960- ja 1970-luvuilla. Silloinen vallitseva idea syntyi käyttäytymistieteistä (esim. psykologia, pedagogiikka). Oletettiin, että yksilöiden elämäntapojen ja terveyskäyttäytymisen muuttaminen oli helppoa. Tämä kuitenkin osoittautui sittemmin olevan vaikeasti toteutettavissa ja oli lisäksi melko tehotonta. Siirtyminen yksilötasolta ryhmätasolle oli edellistä tehokkaampi lähestymistapa. Tähän lähestymistapaan yhdistettiin vielä ympäristötekijät, jotka ovat tärkeä osa terveyden edistämisen strategiassa. Suomessa tämä kehitys näkyi selvästi Pohjois-Karjala-projektissa, joka käynnistyi 1970-luvulla.

Pohjois-Karjala-projekti lienee Suomen tunnetuin kansanterveysinterventio. Siinä toimittiin jo monella eri tasolla: riski-, väestö-, yhteiskunta- ja poliittisella tasolla. Lähtökohta oli kuitenkin ehkäisevä strategia, varsinkin sydän- ja verenkiertoelinsairauksien osalta. Varsinaista terveyden edistämistä Ottawan julistuksen hengessä ei toteutettu, koska tätä ajatusmaailmaa ei vielä tuolloin tunnettu. Menestyksellisestä Pohjois-Karjala-projektista on tiedotettu ja kirjoitettu paljon. Edelleenkin, miltei 40 vuotta myöhemmin, projekti on merkittävä esimerkki kansallisesta laajamittaisesta terveyteen ja hyvinvointiin tähtäävästä systemaattisesta työstä.

Terveysseurantatietojen avulla voidaan kuvata ja arvioida elämäntapasairauksien muutosta. Huolestuttavia ammattihenkilöiden näkökulmasta ovat varsinkin nuoruusajan uudet tauti- ja käyttäytymismuutokset. Esimerkiksi mielenterveys-, liikunta- ja ruokatottumukset eivät monesta interventiosta huolimatta ole kehittyneet toivottuun suuntaan. Lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen yleistyminen ovat aiheuttaneet suurta huolta. Suomen eduskunnassa vietiinkin 2000-luvun alussa läpi lakimuutos, joka johti uuteen terveystieto-oppiaineeseen peruskouluissa ja lukioissa. Koska aine myös kuuluu ylioppilastutkintoon, on oletettavaa, että terveystiedon opetus kehittyy tulevaisuudessa entistä tavoitteellisemmaksi. Olennaista on sisällyttää opetukseen uusi paradigma, salutogeeninen lähestymistapa, missä myös pedagoginen toteutus on salutogeenista (vrt. healthy learning).

Salutogeneesi on elinikäinen oppimisprosessi

Ottawan julistuksen periaatteet ja salutogeneesin peruskäsitteet voidaan yhdistää terveelliseen (healthy) oppimismalliin. Kyseessä olisi koko elämän jatkuva terveyden edistämis- ja oppimisprosessi, joka pohjautuu YK:n ihmisoikeuksiin (joissa katsotaan, että ihminen on aktii-

visesti toimiva subjekti omassa elämässään). Prosessiin kuuluu terveyden voimavarojen kehitys, hyödyntäminen ja käyttö omaksi ja yhteiskunnan hyväksi. Prosessi on tietoinen ja pyrkii ongelmien ratkaisuun, jossa kokemukset ja toimenpiteet lisäävät aina ihmisten nykyistä ja tulevaa ratkaisukapasiteettia. Ihmiselle itselleen toiminta on tarkoituksenmukaista, minkä vuoksi hän on motivoitunut toimimaan omaehtoisesti. Tämä kokonaisuus tuottaa loppujen lopuksi hyvinvointia ja parempaa elämänlaatua sekä yksilö-, ryhmä- että yhteiskuntatasolla.

Seuraavassa esitetään vertailu salutogeneesin ja Ottawan julistuksen keskeisimmistä käsitteistä (taulukko 1.1). Otsikon idea on käyttää salutogeneesin keskeisintä käsitettä (koherenssin tunne, englanninkie-

Taulukko 1.1 Vertailu Ottawa Charterin (terveyden edistämisen) ja salutogeneesin keskeisimmistä asioista

	Salutogeneesi	**Ottawa Charter**
Tausta / Etiikka	Juutalaisten joukkotuho ja keskitysleirikokemukset	YK:n ihmisoikeudet/ WHO:n perustaminen
Historiallinen aikaväli	1979, 1987	1986
Arvovalta	Teoria, tiede, todiste	Periaatteet, ideologia
Perusta	Ihmisoikeudet, aktiivisesti toimiva subjekti	Ihmisoikeudet, aktiivisesti toimiva subjekti
Sisältö	Elämän suunta	Terveyden edistäminen
Terveys	Elinikäinen oppimisprosessi	Prosessi
Keskeisimmät käsitteet	Koherenssin tunne (SOC), Yleiset vastavoimavarat (GRR)	Terveyden edistäminen
Voimavarat	Yleiset vastavoimavarat (GRR)	Terveyden determinantit (TD)
Keskeiset mekanismit	Kyky käyttää yleisiä vastavoimavaroja koherenssin tunteen kehityksessä	Mahdollistaa terveyden determinanttien säätelyä (empowerment)
Osa alueet	Koherenssin tunteen perusosat: ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys	Prosessi, empowerment
Lähtökohta	Konteksti, systeemi	Konteksti, terveyden edistämisen areenat (toimintakentät)
Päämäärä	Mielenterveys, elämänlaatu, koettu terveys	Tuottoisa aktiivi elämä
Ammattilaisten asema	Toimia voimavarana	Mahdollistaja
Väärinkäsitykset	Painotus koherenssin tunteen mittaamisessa	Lähtökohtana ainoastaan riski- ja terveyskäyttäytyminen

© Bengt Lindström & Monica Eriksson 2008

linen lyhennys SOC) siten, että käsite jäsentyy tärkeäksi molemmissa näkökulmissa.

Ottawan julistuksen (1986) ja salutogeneesin mukaan (1979, 1987) terveys edustaa elämän mittaista prosessia. Ottawa Charter on periaatedokumentti, kun taas salutogeneesi esitettiin heti alusta alkaen evidenssipohjaisena teoriana. Nykyään molemmista on tieteellistä näyttöä. Ottawa Charterin periaatteet keskittyvät terveyden ja elämän voimavaroihin eivätkä ensi sijassa riskiin, terveyskäyttäytymiseen tai patologiaan. Ajallisesti ja aatteellisesti molempien lähtökohtana ovat ihmisoikeudet, toisen maailmansodan loppuvaiheet, keskitysleirit, havainto ihmissoikeuksien loukkaamisesta, Nürnbergin oikeudenkäynnit ja YK:n perustaminen. Näistä tapahtumista oli kulunut melkein 30 vuotta, kun Antonovsky esitti teoriansa salutogeneesista. Samassa ajanjaksossa WHO kehitti Terveyttä Kaikille -strategiaohjelmansa (Health For All), jonka pohjalta syntyivät terveyden edistämisen periaatteet Ottawa Charterissa vuonna 1986.

WHO:n keskeisimmät vaikuttajat terveydenedistämisen alalla järjestivät yhdessä Aaron Antonovskyn kanssa Kööpenhaminassa vuonna 1993 seminaarin, jossa pohdittiin yhteisiä tutkimuksen ja käytännön ratkaisuja. Valitettavasti Antonovsky sairastui ja kuoli äkillisesti syöpään seuraavana kesänä. Tämän takia yhteinen kehitys pysähtyi hänen nopeaan kuolemaansa. Antonovsky ehti julkaista koosteen tutkimustuloksistaan (1979–1992).

Tieteellinen perusta

Tutkimustulokset

On kulunut lähes kolme vuosikymmentä siitä, kun Antonovsky (1979, 1987) muotoili salutogeenisen teoriansa ja mallinsa hyvän terveyden kehityksestä. Mutta mitä nykyinen tutkimustieto kertoo koherenssin tunteen ja terveyden välisestä yhteydestä? Folkhälsanin Helsingin tutkimuskeskuksen Terveyden edistämisen tutkimusohjelmassa arvioidaan järjestelmällisesti koko maailman kattavia tutkimuksia, joissa on käytetty Antonovskyn kyselylomaketta koherenssin tunteen mittaamiseksi. Tarkoituksena on syventää tietämystä terveyden salutogeenisesta näkemyksestä ja levittää tietoa yhteiskunnan eri aloille, ei pelkästään

terveysalalle. Ensimmäinen laaja katsaus ja synteesi salutogeneesista julkaistiin vuonna 2007 (Eriksson 2007). Tämä katsaus käsittää vuodet 1992–2003 ja sisältää lähes 500 tieteellisen artikkelin ja väitöskirjojen katsauksen. Katsaus on tähän mennessä maailman laajin. Vuoden 2003 jälkeen julkaistujen tutkimustulosten koostaminen jatkuu Folkhälsanin tutkimuskeskuksen uudessa tietopankissa (www.salutogenesis.fi).

Salutogeneesista puhuttaessa on syytä huomioida semantiikka. Monet tutkijat käyttävät käsitettä *salutogeneettinen* (engl. salutogenetic) käsitteen *salutogeeninen* sijasta (engl. salutogenic). SOC:n ja genetiikan välinen yhteys on toistaiseksi epäselvä, joten on tarkoituksenmukaista käyttää käsitettä salutogeeninen.

Koherenssitunteen (SOC)-kyselylomake

Alkuperäinen koherenssitunteen SOC-13- ja -29-kyselylomake tuli käyttöön 1970-luvun loppupuolella. Antonovsky toivoi, että lomake tutkittaisiin ensin empiirisesti. Mielenkiinto koherenssin tunteen mittaamiseen on kasvanut, ja SOC-kyselylomaketta on testattu eri kohderyhmissä (esim. lapset, vanhukset, vammaiset, eri potilasryhmät ja eri ammattiryhmät). Sitä on käytetty yli 40 maassa ja 53 kielellä. Tutkimusta on tehty länsimaisissa kulttuureissa ja monissa maanosissa ja maissa, kuten Etelä-Afrikassa, Kiinassa, Eritreassa, Koreassa ja Taiwanissa. (Eriksson & Lindström 2005, Singer & Brähler 2007, Almedon 2007.)

Kun tarkastellaan SOC-kyselylomakkeen luotettavuuskysymyksiä, sen pätevyyttä ja pysyvyyttä voidaan pitää hyvinä (Eriksson & Lindström 2005). Lomakkeen täyttäminen on yleensä helppoa myös 80 vuotta täyttäneille ja sitä vanhemmillekin (Steiner et al. 1996). Yhteisymmärrykseen perustuva validiteetti (consensual validity) ilmaisee, missä määrin tutkijat ovat samaa mieltä instrumentin luotettavuudesta. Tutkimukset osoittavat, että tämänkin validiteetti on kohtalainen. Useimmissa tutkimuksissa on käytetty joko laajaa tai lyhyttä versiota alkuperäisistä lomakkeista (29 tai 13 kysymystä). SOC-kyselylomakkeesta on olemassa ainakin 15 eri muunneltua versiota, joissa kysymysten määrä ja asteikko vaihtelevat. (Eriksson & Lindström 2005). Alkuperäiset kysymykset ovat kuitenkin muuttumattomia. Rakennevaliditeetti (construct validity) näyttää olevan jonkin verran epäselvä. Toisin kuin Antonovsky oletti, koherenssin tunne näyttää olevan yksiulotteisuuden sijasta moniulotteinen käsite (Feldt 2000). Joissakin tutkimuk-

sissa Antonovskyn olettamusta pystyttiin vahvistamaan tekijäanalyysillä (Klepp 2007), kun taas toisissa tutkimuksissa tätä yksiulotteista käsitettä ei pystytty todistamaan (Sandell ym. 1998). Tulokset pitkittäistutkimuksista osoittavat melko suurta ennustevaliditeettia. SOC pystyy ennakoimaan hyvää koettua terveyttä ja hyvää elämänlaatua. (Kalimo et al. 2003, Eriksson & Lindström 2005).

Antonovsky oletti, että koherenssin tunne kehittyy noin 30. ikävuoteen asti ja pysyy samalla tasolla eläkkeelle jäämiseen saakka, minkä jälkeen taso laskee. Hänen mukaansa tätä olettamusta tulisi tutkia empiirisesti. Empiiristen tutkimusten tulokset osoittavat, että hänen oletamuksensa ei kokonaan pitänyt paikkaansa. Koherenssin tunne on melko pysyvä, eli ajan kuluessa on havaittavissa vähäisiä piste-eroja ja kehitys jatkuu hitaasti koko elämän aikana. Koherenssin tunne onkin voimakkaimmillaan ikääntyneillä (Eriksson & Lindström 2005). Yksilöt, joilla on voimakas koherenssin tunne, pystyvät pitämään tunteen yllä läpi koko elämän, kun taas yksilöillä, joilla koherenssin tunne on heikko, on vaikeuksia tunteen vahvistamisessa elämänsä aikana (Feldt 2003). Honkinen tutkimusryhmineen (2008) ei löytänyt muutoksia 15–18-vuotiaiden nuorten koherenssin tunteessa. Huomioitavaa on, että Antonovskyn olettamus oli päinvastainen. Lisäksi pysyvyys (stabiliteetti) oli riippumaton koherenssin tunteen alkuperäisestä voimakkuudesta. Tämä ei ehkä ole yllätys, sillä tutkimukset osoittavat, että koherenssin tunne muuttuu aikaa myöten hitaasti. Tähän saakka pisin aikaseuranta on 13 vuoden ajalta. (Hakanen et al. 2007.) Tarvitaan pidempiä aikaseurantatutkimuksia, jotta pystytään varmuudella toteamaan, miten koherenssin tunne ajan kuluessa kehittyy.

Koherenssin tunne, terveys ja elämänlaatu

Koherenssin tunteella on Erikssonin tutkimuskatsauksen mukaan suuri merkitys yksilön hyvinvoinnille. Tunne on erityisen merkittävä mielenterveydelle. Mitä voimakkaampi kokemus ihmisellä on käsitteellisestä yhteydestä ja siitä, että arjella on merkitystä, sitä paremmat mahdollisuudet hänellä on selvitä stressistä ja ongelmista (Eriksson & Lindström 2006). Koherenssin tunne toimii puskurina ja pystyy vähentämään stressiä. Systemaattisen katsauksen tulokset koherenssin tunteen ja pitkäaikaissairauksien välillä osoittavat, että koherenssin tunteella on pitkällä aikavälillä merkitystä hyvän terveyden ja elämänlaadun ylläpitämisen ja sairauksista selviytymisen kannalta (Pietilä ym. 2008).

Koherenssin tunne vaikuttaa myönteisesti myös ikääntymiseen. Yksilö, jolla on voimakas koherenssin tunne, pystyy muutostilanteissa jälleenrakentamaan eheyden tunteen (Wiesmann & Hannich 2008). Tutkimus 60-vuotiaiden saksalaisten keskuudessa osoitti, että vahva koherenssin tunne vaikutti myönteisesti niin koettuihin ikään liittyviin muutoksiin kuin hyvinvointiin. Tunteella oli erittäin suuri selitysarvo (63 prosenttia) hyvinvoinnin muutoksille. (Schneider ym. 2004.) Haastattelutuloksia elämän merkityksestä 75-vuotiaiden vaasalaisten keskuudessa esitetään eräässä tutkimuksessa. Tuloksien mukaan koherenssin tunne liittyi voimakkaan myönteisesti hyvään terveyteen ja toimintakykyyn sekä sosiaalisiin verkostoihin. (Stenbock-Hult & Sarvimäki 1994, Sarvimäki & Ojala 1994.)

Helsinki Heart Study -tutkimustulokset osoittivat, että vahva koherenssin tunne suojasi toimihenkilöitä sairastumiselta sydän- ja verisuonitauteihin (CHD). Saman tutkimuksen mukaan syöpää esiintyi harvemmin niillä työläisillä, joilla oli vahva koherenssin tunne. Vahva koherenssin tunne suojasi myös onnettomuuksilta kaikissa ammattiryhmissä. (Poppius 2007.) Antonovsky esitti kysymyksen, vaikuttaako koherenssin tunne asenteen ja käyttäytymisen muutosten kautta. Tutkimustulosten mukaan koherenssin tunteella on vaikutusta terveyskäyttäytymiseen. Vahva koherenssin tunne auttaa vähentämään alkoholin ja tupakan käyttöä, lisäämään liikuntaa ja syömään terveellisesti. (Hassmén ym. 2000, von Ah ym. 2005, Lindmark ym. 2005, Poppius 2008.) Mahdollinen johtopäätös voisi siis olla, että mitä vahvempi koherenssin tunne on, sitä terveellisempää on käyttäytyminen.

Työelämään ja työympäristöihin kohdistuva tutkimus on lisääntynyt. Kiinnostuksen kohteena on, miten voidaan selviytyä kiristyvästä työtahdista ja kasvavasta määrästä työtehtäviä. Monet tutkijat ovat huomioineet tämän seikan ja selvittäneet työelämän paineiden sekä koherenssin tunteen yhteyttä. Tietyt työympäristöt voivat olla vaativampia kuin toiset ja aiheuttaa uupumusta.

Tässä yhteydessä mainitaan eräitä hoitohenkilökuntaa koskevia tutkimustuloksia. Englantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin saattohoitajien hyvinvointia ja erityisesti heidän vastustuskykyynsä vaikuttavia tekijöitä (Ablett & Jones 2997). Tulokset osoittivat, että he kokivat työnsä hyvin mielekkääksi ja olivat hyvin sitoutuneita siihen. Hoitajat olivat itse valinneet työkenttänsä oman näkemyksensä mukaan: he tunsivat että heillä oli mahdollisuus helpottaa potilaidensa elämää. He tie-

dostivat ja olivat aktiivisesti pohtineet omaa henkisyyttään ja kuolevaisuuttaan. Tätä tukevat myös norjalaiset tutkimustulokset (Vinje & Mittelmark 2006).

Kyky itsetutkiskeluun ja pohdintaan osoittautui tekijäksi, joka ratkaisi, sairastuivatko norjalaiset hoitajat uupumukseen vai eivät. Pohtiminen auttoi heitä sopeutumaan muutoksiin, löytämään stressiä vähentäviä ratkaisuja ja luomaan mahdollisuuksia asioiden miettimiseen. Koherenssi osoittautui myös tärkeäksi sairaanhoitajien työnohjaamisessa (Berg & Hallberg 1999, Pålsson ym. 1994, 1996, Tselebis ym. 2001). Esimerkiksi Menzies (2000) toteaa, että sairaanhoitajan tuki (sairaanhoito, nursing care) voi toimia skitsofreniaan sairastuneiden yleisenä vastustusvoimavarana. Koherenssin tunne suojaa myös masennukseen sairastumiselta. Tiivistetysti voidaan todeta, että mitä voimakkaampi koherenssin tunne on, sitä vähemmän esiintyy uupumuksen ja masennuksen oireita.

Elämänlaadun käsite on moniselitteinen, eikä sillä ole yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Tässä yhteydessä käytetään salutogeenista näkemystä elämänlaadusta (Lindström 1994). Salutogeeninen näkemys yhdistää yhteiskunnan ja yksilön näkemyksen siitä, mitä terveys on, eli se sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen terveyden. Yksilöä tarkastellaan sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa, jossa huomioidaan aineelliset ja taloudelliset voimavarat ja yhdistetään sosiaalinen pääoma, etiikka ja ihmisoikeudet. Erikssonin ja Lindströmin (2007) tutkimuskatsauksen mukaan voimakas koherenssin tunne terveysvoimavarana liittyy hyvään elämänlaatuun. Elämänlaadun mittaamiseen käytetystä tutkimusmenetelmästä huolimatta tulokset osoittavat, että mitä voimakkaampi koherenssin tunne on, sitä parempi myös elämänlaatu yleisesti ottaen on. Tulokset vahvistivat tätä yhteyttä niin lasten, perheiden kuin iäkkäiden keskuudessa.

Käytännön esimerkit

Muuttuvassa maailmassa elämä voidaan kokea hajanaiseksi. Ratkaiseva tekijä hyvinvoinnin kannalta on kyky luoda tapahtuneesta kokonaisuus. Tämä voi onnistua omien, välittömässä läheisyydessä olevien voimavarojen avulla, esimerkiksi omaisten, tai yhteiskunnan avulla. Yhteiskunnan näkökulmasta on välttämätöntä, että eri sektorit ja eri ammattiryhmät toimivat yhteistyössä ja luovat synergiaa eri toimenpiteiden ja tapahtumien välillä. Näin salutogeeninen teoria on yhtä ajan-

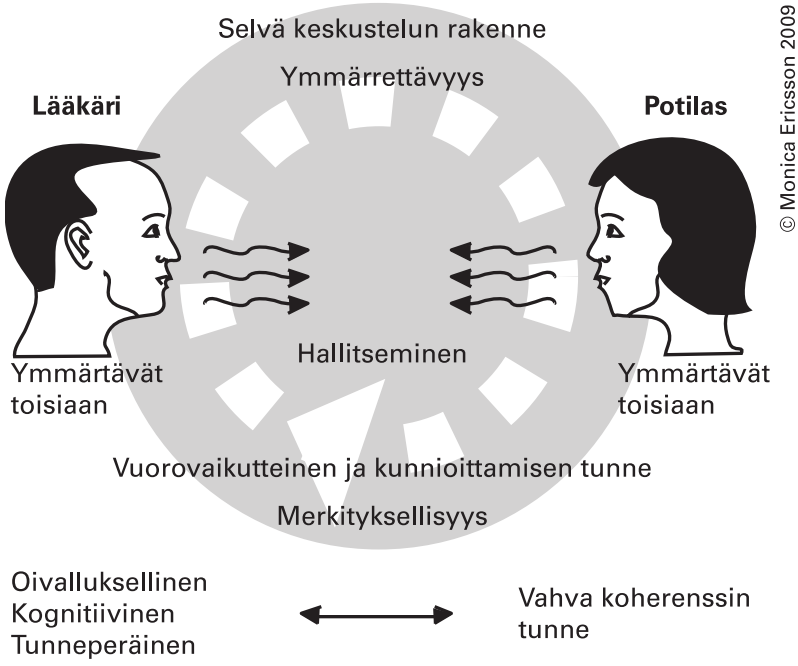
kohtainen kuin 1970-luvun loppupuolella, jolloin Antonovsky muotoili teoriansa.

Salutogeneesi toimii eri tasoilla: yhteiskunnassa, ryhmissä ja yksilötasolla. Yhtenäinen terve yhteiskuntapolitiikka on enemmän kuin hyvä terveys- ja terveydenhoitopolitiikka. Terveydestä puhutaan kaikilla politiikan alueilla, joten terveysnäkökulman ja terveydellisten seurauksien harkinnan tulee myös liittyä yhteiskunnan kaikkiin toimintoihin. (Ståhl et al. 2006.) Terveyden ja terveyden edistämisen tulee olla osa päivittäistä yhteiskuntakeskustelua. Terveyden salutogeeninen näkökulma tulisi yhdistää tutkimustoimintaan yhä enemmän. Koherenssin tunteen käyttäminen terveyttä osoittavana mittarina on uusi lähestymistapa, josta toistaiseksi on vasta keskusteltu. Ryhmä- ja yksilötasolla salutogeenista näkökulmaa voidaan käyttää esimerkiksi terapiassa ja potilashoidossa (Hansson & Cederblad 2004, Langeland et al. 2006). Muutamassa interventiotutkimuksessa potilaiden ja omaisten koherenssin tunnetta on vahvistettu eri tavoilla. Interventiota on myös sovellettu sairaanhoitajien työnohjauksessa. (Forsgärde et al. 2000, Delbar 2001.)

Salutogeeninen näkökulma soveltuu erityisen hyvin käytettäväksi organisaatiotasolla. Monissa organisaatiossa muutoksia tapahtuu jatkuvasti, ja ratkaisevaa niin organisaation kuin työntekijöiden kannalta on toteuttaa muutokset niin, että ne edistävät terveyttä mahdollisimman hyvin. Salutogeenisen näkökulman soveltaminen johtajuuteen on eräs tapa. (Johnston 1998.) On syytä ottaa huomioon salutogeeninen lähestymistapa johtamisessa, esimerkiksi työnohjaus ja kehityskeskustelut. Johdon tulee luoda työntekijöille edellytyksiä terveyden edistämiseen. Tarvittaviin toimiin kuuluu esimerkiksi määrätietoinen puuttuminen kiusaamiseen, joka on työelämässä suuri stressiin johtava ongelma. Tutkimustulosten mukaan koherenssin tunne suojaa lievää kiusaamista vastaan (Birkeland et al. 2008). Salutogeenisen näkökulman sovellus kehityskeskustelussa merkitsee johtajan keskittymistä henkilökunnan voimavaroihin, osaamiseen, taitoihin ja kompetenssiin, ja se luo tasapainoa ongelmien ja mahdollisuuksien välille. Johtaja voi arvioida koherenssin tunnetta ja käyttää sitä keskustelun perustana, kun pyritään työyhteisön muuttamiseen ja kehittämiseen.

Yksilötasolla salutogeenista näkökulmaa on mahdollista käyttää jokaisessa ihmisten välisessä kohtaamisessa. Kuvassa 1.4 esitellään lääkärin ja potilaan välistä kohtaamista. Keskustelua leimaa molemminpuo-

Kuva 1.4
Salutogeeninen keskustelu.



linen aito pyrkimys ymmärtää toinen toistaan, lääkäri erityisellä tietämyksellään sairauksista ja potilas aidolla kokemuksellaan siitä. Salutogeenista keskustelua luonnehtivat edelleen eettiset perusarvot, kuten kunnioitus ja vahvistus. Keskustelun selvä rakenne auttaa molempia osapuolia sen käsittelemisessä. Yhteisymmärryksessä päätetään, mitä keskustelu sisältää. Peruspyrkimyksenä on, että keskustelua pidetään mielekkäänä. Malterud (1998) on kuvannut tämän tyyppistä salutogeneesikommunikaatiota kliinisessä käytännössä, joissa on kuvattu väkivallan uhriksi joutuneiden naisten kanssa käytyjä keskusteluja.

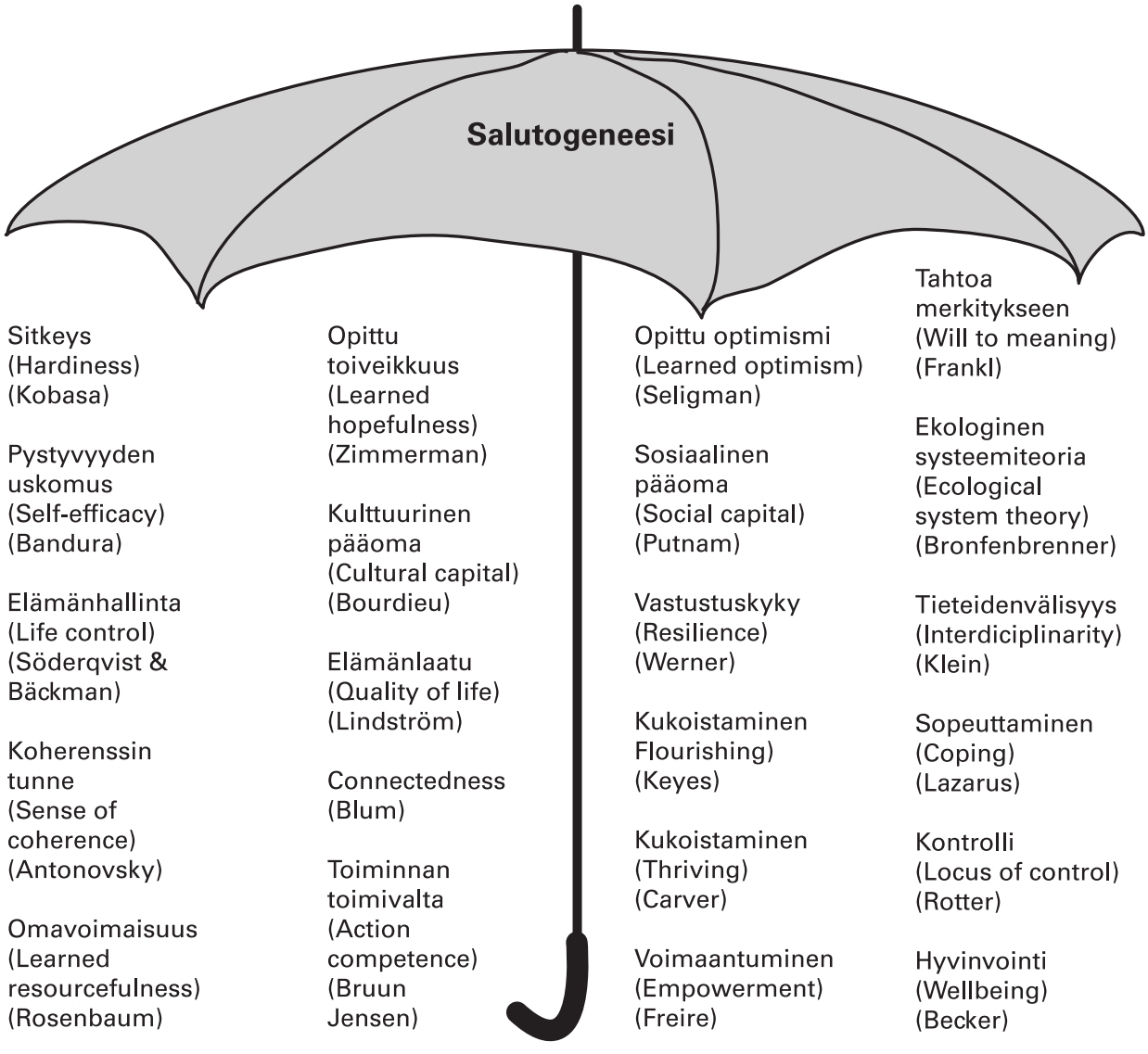
Salutogeneesi on enemmän kuin koherenssin tunteen mittaus

Salutogeneesi eli ihmisten voimavarojen esille nostaminen on enemmän kuin pelkkää koherenssin tunteen mittaamista. Laajassa tutkimustoiminnassa keskitytään ihmisten, ryhmien ja yhteiskuntien voimavarojen tunnistamiseen. Nämä piirteet sisältyvät salutogeneesi-sateenvarjokäsitteeseen (Eriksson & Lindström 2009), johon kuuluvat muun muassa käsitteet resilienssi (resilience), erityisesti lasten vastustuskyky (Werner ja Smith 2001), merkityksen tahto (Frankl 2006), empowerment (voimaantuminen) (Freire 1996), elämänlaatu (Lindström

1994), yhteenkuuluvuus (connectedness) (Blum et al. 2002) ja omaksutut voimavarat (learned resourcefulness) (Rosenbaum 1990). (Kuva 1.5.) Käytännön toiminnan tueksi (ei pelkästään hoitotyön vaan kaiken yhteiskunnallisen toiminnan tueksi) on tärkeää tehdä järjestelmällinen kooste terveysresurssien tutkimuksesta.

Useat tutkijat kaikkialla maailmassa ovat jatkaneet salutogeneesin tutkimusta. Yhteispohjoismaisia tutkimuskursseja on järjestetty jo kymmenen vuotta, nykyään Suomessa kerran vuodessa. Vuonna 2009 on rakenteilla uusi internettietopankki (www.folkhalsan.fi/Salutoge-

Kuva 1.5 Salutogeeninen sateenvarjo.



© Monica Ericsson 2009

nesis-Resource) Folkhälsanin tutkimuskeskuksessa Helsingissä. Myös IUHPE:n perustama Global Working Group on Salutogenesis toimii Suomessa. Tämä työryhmä on viime vuosien aikana järjestänyt vuosittain seminaareja ja työkokouksia, joiden tarkoituksena on kehittää edelleen tutkimusperustaisesti salutogeenista lähestymistapaa.

➟ Tehtäviä

1. Mitä terveys merkitsee sinulle?
2. Mitä salutogeneesi sisältää, ja miten se liittyy koherenssin tunteeseen?
3. Pohdi omia yleisiä vastustusvoimavarojasi. Kirjoita muistiin oma elämänkertomuksesi ja mieti mennyttä aikaa, nykyisyyttä ja tulevaisuutta.
4. Tarkastele kriittisesti omaa työpaikkaasi tai oppilaitostasi. Onko se terveyttäsi ja hyvinvointiasi edistävä?
5. Pohdi työtäsi tai koulutustasi ohjaavia asiakirjoja, esimerkiksi opetussuunnitelmia. Pystytkö tunnistamaan niissä salutogeenista ja terveyttä edistävää näkökulmaa?

Oheiskirjallisuutta

Ablett JR, Jones RS. 2007. Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. Psycho-Oncology 16, 733–740.

Almedom AM, Tesfamichael B, Mohammed ZS, Mascie-Taylor CGN, Alemu Z. 2005. Use of "Sense of Coherence (SOC)" scale to measure resilience in Eritrea: Interrogating both the data and the scale. J Biosoc Sci, 39: 91–107.

Antonovsky A. 1979. Health, Stress and Coping. Jossey-Bass, San Francisco.

Antonovsky A. 1987. Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco.

Antonovsky A. 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med 36(6), 725–733.

Beaglehole R. 2003. Global Public Health: A new era. Oxford University Press, Oxford.

Bengel J, Strittmatter R, Willman H. 1999. What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. Federal Centre for Health Education (FCHE), Cologne.

Berg A, Hallberg IR. 1999. Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 6, 371–381.

Birkeland Nielsen M, Berge Matthiesen S, Einarsen S. 2008. Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying. Journal of Occupational Health Psychology 13(2), 128–136.

Blum RW, McNeely C, Nonnemaker J. 2002. Vulnerability, Risk, and Protection. Journal of Adolescent Health 31S, 28–39.

Delbar V, Benor DE. 2001. Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. Journal of Psychosocial Oncology 19(2), 57–75.

Eriksson M. 2007. Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. [Doctoral thesis]. Åbo Akademi University. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme, Research Report 2007: 1. Turku.

Eriksson M, Lindström B. 2005. Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale – a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health 59(6), 460–466.

Eriksson M, Lindström B. 2006. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health – a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health 60, 376–381.

Eriksson M, Lindström B. 2007. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's relation with quality of life: A systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health 61, 938–944.

Eriksson M, Lindström B. 2009. From an epidemiology of disease to an epidemiology of health: The contribution of the salutogenic framework for public health and health promotion research and practice. Teoksessa Morgan A, Ziglio E, Davies M (toim.). International health and development: Investing in assets of individuals, communities and organisations. Painossa, Springer.
Feldt T. 2000. Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life. Jyväskylä studies in education, psychology and social research [Doctoral thesis]. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
Forsgärde M, Westman B, Nygren L. 2000. Ethical discussion groups as an intervention to improve the climate in interprofessional work with the elderly and disabled. Journal of interprofessional care 14(4), 351–361.
Frankl VE. 2006. Livet måste ha mening. Erfarenheter från koncentrationslägren. Logoterapins grundbegrepp. Natur och Kultur, Stockholm.
Freire P. 1996. Pedagogy of the Oppressed. Penguin, Harmondsworth.
Hakanen JJ, Feldt T, Leskinen E. 2007. Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. Journal of Research in Personality 41, 602–617.
Hansson K, Cederblad M. 2004. Sense of coherence as a meta-theory for salutogenic family therapy. Journal of Family Psychotherapy 15(1/2), 39–54.
Hansson K, Olsson M. 2001. Sense of coherence – a human endeavour. Nordisk Psykologi 53(3), 238–255.
Hassmén P, Koivula N, Uutela A. 2000. Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. Preventive Medicine 30, 17–25.
Honkinen P-L, Suominen S, Helenius H, Aromaa M, Rautava P, Sourander A et al. 2008. Stability of the sense of coherence in adolescence. The International Journal of Adolescent Medicine and Health 20(1), 85–91.
Johnston B. 1998. Managing change in health care redesign: A model to assist staff in promoting healthy change. Nursing Economics 16(1), 12–17.
Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, Toppinen-Tanner S. 2003. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. Work & Stress 17(2), 109–122.
Klepp OM, Mastekaasa A, Sörensen T, Sandanger I, Kleiner R. 2007. Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. International Journal of Methods in Psychiatric Research 16(1), 11–22.
Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. 2006. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. Patient Education and Counseling 62, 212–219.
Langius A, Björvell H. 1996. Salutogenic model and use of the Sense of coherence scale in nursing research – a methodological report. Vård i Norden 16(1), 28–32.
Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, Lindahl B, Johansson I. 2005. Food selection associated with sense of coherence in adults. Nutrition Journal 4(9):doi: 10.1186/1475-2891-4-9.

Lindström B. 1994. The Essence of Existence. On the quality of life of children in the Nordic countries - Theory and practice in public health. [Doctoral thesis.]. Nordic School of Public Health, Göteborg.
Mahler H. 1987. The role of Schools of Public Health in the development of Public Health. In: Köhler L, editor. Public Health – a Nordic Perspective. In Swedish. Nordic School of Public Health, Göteborg.
Malterud K, Hollnagel H. 1998. Talking with women about personal health resources in general practice. Key questions about salutogenesis. Scandinavian Journal of Primary Health Care 16, 66–71.
Menzies V. 2000. Depression in schizophrenia: Nursing care as a generalized resistance resource. Issues in Mental Health Nursing 21, 605–617.
Pietilä A-M, Matero H, Kankkunen P, Häggman-Laitila A. 2008. Koherenssin tunne ja siihen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä: systemoitu katsaus pitkäaikaissairauksia käsittävään kirjallisuuteen. Tutkiva hoitotyö 6(3), 4–10.
Poppius E. 2007. The sense of coherence and health. The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality [Doctoral thesis]. University of Tampere, Tampere.
Poppius E, Virkkunen H, Hakama M, Tenkanen L. 2008. The sense of coherence and risk of injuries: role of alcohol consumption and occupation. Journal of Epidemiology and Community Health 62(1), 35–41.
Pålsson M-BE, Hallberg IR, Norberg A, Isovaara S. 1994. Systematic clinical supervision and its effects for nurses handling demanding care situations. Interviews with Swedish district nurses and hospital nurses in cancer care. Cancer Nursing 17(5), 385–394.
Pålsson M-B, Hallberg IR, Norberg A, Björvell H. 1996. Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematiac clinical supervision. Scandinavian Journal of Caring Sciences 10, 19–26.
Rosenbaum M. 1990. Learned Resourcefulness. On coping skills, self-control, and adaptive behavior. Springer Publishing Company, New York.
Sandell R, Blomberg J, Lazar A. 1998. The factor structure of Antonovsky's sense of coherence scale in Swedish clinical and nonclinical samples. Personality and individual differences 24(5), 701–711.
Sarvimäki A, Ojala S. 1994. De äldres livsbetingelser 2: känslan av sammanhang. Gerontologia 8(3), 140–149.
Schneider G, Driesch G, Kruse A, Wachter M, Nehen H-G, Heuft G. 2004. What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. Archives of Gerontology and Geriatrics 39, 227–237.
Singer S, Brähler E. 2007. Die "Sense of Coherence Scale". Testhandbuch zur deutschen Version. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
Steiner A, Raube K, Stuck AE, Aronow HU, Draper D, Rubenstein LZ et al. 1996. Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: Performanace of four short scales. The Gerontologist 36(1), 54–62.

Stenbock-Hult B, Sarvimäki A. 1994. De äldres livsbetingelser 1: Livsmening och självaktning. Gerontologia 8, 12–22.
Strümpfer D, Wissing M. 1998. Review of South African data on the sense of coherence scale as a measure of fortigenesis and salutogenesis. Unpublished material.
Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (toim.). 2006. Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health Finland, Helsinki.
Tselebis A, Moulou A, Ilias I. 2001. Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. Nursing and Health Sciences 3, 69–71.
Werner E, Smith R. 2001. Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience, and recovery. Cornell University Press, Ithaca.
Wiesmann U, Hannich H-J. 2008. A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. Aging & Mental Health 12(1), 56–65.
Vinje HF, Mittelmark MB. 2006. Deflecting the Path to Burn-out among Community Health.
Nurses: How the Effective Practice of Self-Tuning Renews Job Engagement. International Journal of Mental Health Promotion 8(4), 36–47.
WHO. 1986. Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17–21 1986. World Health Organization, Geneva.
von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang D-H. 2005. Factors related to cogarette smoking initiation and use among college students. Tobacco Induced Diseases 3(1), 27–40.

1.4 Ympäristöterveyden edistämisen globaaleja ulottuvuuksia

Kirsi Vähäkangas ja Jouko Tuomisto

Kemialliset, fysikaaliset, mikrobiologiset, psykologiset ja sosiaaliset ympäristötekijät vaikuttavat ihmisten terveyteen ja sairastuvuuteen. Paikallinen ympäristö on luonnollisesti tärkeä, mutta monet tekijät, kuten matkustamisen aiheuttama tautien leviäminen ja tuulen mukana kulkeutuvat saasteet, voivat myös vaikuttaa hyvinkin laajoilla alueilla.

Pienenevässä maailmassa ympäristöterveyttä ei voi tarkastella vain yhden maan kannalta. Ympäristöterveyteen vaikuttavia megatrendejä ovat varsinkin ilmastonmuutos ja sen vaikutukset, liikenteestä ja energiantuotannosta syntyvät ilmansaasteet sekä ympäristön saastuminen jätteiden määrän kasvun ja huonon jätehuollon vuoksi. Sekä ilmastonmuutos että väestön lisääntyminen aiheuttavat kerrannaisvaikutuksina vaikeuksia huolehtia maailman väestön ravitsemuksesta. Myös infektiotautien ja allergisoivien kasvien leviäminen uusille alueille liittyvät ilmastonmuutokseen ja ihmisten liikkuvuuden lisääntymiseen. Vastuu hyvien olosuhteiden ja terveyden kannalta tärkeiden käytäntöjen luomisesta ja ylläpitämisestä on yhteinen. Varsinkin korkeakouluopinnoissa globaalieettinen vastuu on yhdistettävä substanssiosaamiseen.

Johdanto

Terveys ja hyvinvointi ovat monimutkaisia kokonaisuuksia, joiden mittaaminen on vaikeaa. Esimerkiksi kansantulon ja elinajan ennusteen välillä on yhteys, mutta sen vaihtelut ovat niin suuria, että ostovoimalla korjatut tulot henkeä kohti voivat olla lähes samat maissa, joissa elinajan ennuste on yli 80 vuotta tai alle 50 vuotta. Liikemaailman hyvinvointi ja yhteiskunnassa liikkuvan rahan määrä eivät siis ole hyviä kansan hyvinvoinnin mittareita. Tärkeitä ovat myös arvot, joiden perusteella yhteistä hyvää jaetaan. Nykyään maailma jakaantuu maantieteellisesti pohjoisen pallonpuoliskon hyvinvoiviin maihin ja eteläisen puoliskon kehittyviin maihin. Eteläisen ja pohjoisen pallonpuoliskon väestömäärä, koulutustaso, lainsäädäntö ja yhteiskuntien käytännöt poikkeavat erittäin paljon toisistaan. Kansainvälinen yhteisö ei ole pystynyt estämään köyhimpien maiden hyväksikäyttöä, jonka halvemmat palkkakustannukset ja puutteellinen lainsäädäntö aiheuttavat. Myös korruptiota on paljon eivätkä ihmisoikeudet toteudu nimenomaan köyhemmissä maissa, jolloin hyvistä aikomuksista huolimatta voi olla vaikea saada selkoa esimerkiksi teollisuuden siirron todellisista ympäristö- ja terveysvaikutuksista.

Monet tartuntataudit ovat vähentyneet rokotuskampanjoiden myötä, mutta köyhimpien maiden terveysongelmat liittyvät osittain resurssien väärinkäytön vuoksi vielä nälkään, puhtaan juomaveden puutteeseen ja huonoon koulutustasoon. Toisaalta taloudellinen hyvinvointi voi tuoda mukanaan elintapasairauksia, kuten liikalihavuutta ja sydän- ja verisuonitauteja. Tupakkasairauksien lisääntyminen varsinkin kehittyvissä maissa taas on surullinen esimerkki mainonnan voitosta terveyden kustannuksella.

Ihminen on osa eläinkuntaa, ja kaikki ympäristössä oleva vaikuttaa myös ihmiseen. Kemiallisille ja mikrobiologisille tekijöille altistutaan pääasiassa hengitysilman, ruoan ja juomaveden välityksellä, mutta kemialliset ja fysikaaliset tekijät voivat myös kulkeutua ihon läpi. Altistuminen tarkoittaa haittatekijöiden joutumista elimistöön, ja annos ja altistumisaika ovat tärkeitä pohdittaessa altistumisen seurauksia. Lapset, varsinkin pienet lapset, ovat aikuisia herkempiä ympäristön aiheuttamille sairauksille. Vähitellen on selviämässä, että ympäristön vaikutukset terveyteen alkavat jo kohdussa. Näyttää siltä, että jopa krooniset kansantaudit (diabetes, sydän- ja verisuonitau-

dit ja syöpätaudit) saavat alkunsa jo sikiöaikana ja että ympäristön kemialliset ja fysikaaliset tekijät ovat geneettisten tekijöiden ohella tärkeitä.

Terveyden edistämisessä ei siis voi ohittaa ympäristötekijöitä. Nykyisin, kun maapallon ympäri voi matkustaa 80 päivän sijasta parissa vuorokaudessa, myös terveyden globaalit trendit tavoittavat lähes kaikki. Esimerkiksi infektiotaudit, kuten influenssat, voivat levitä muutamassa päivässä maanosasta toiseen. Uhkat ovat siis monessa suhteessa yhteisiä, joten myös vastuun pitäisi olla yhteinen. Tässä luvussa käsitellään molempia näistä globaaleista näkökohdista, joiden huomioiminen ympäristöterveyden edistämisessä sisältää terveystieteellisten ja poliittisten toimien lisäksi eettisiä näkökohtia.

Mitä on ympäristöterveys?

Ympäristöterveys tarkoittaa sellaista ihmisen elinympäristön tilaa, joka edistää ja ylläpitää ihmisten terveyttä. WHO:n määritelmän (1989) mukaan ympäristöterveyteen kuuluvat ne ihmisen terveyden ja sairauden näkökulmat, joihin ympäristötekijät vaikuttavat. Lisäksi sillä tarkoitetaan sitä teoriaa ja niitä käytännön toimia, joilla arvioidaan ja hallitaan ympäristössä olevia terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Kyseessä on vuorovaikutussuhde: ihmisten ja yhteisöjen suhtautuminen ympäristöönsä vaikuttaa terveellisen ympäristön ylläpitämiseen. Psykologiset, osittain ympäristöstä riippuvat asiat taas vaikuttavat ihmisten haluun hoitaa terveyttään ja ympäristöään. Vakaissa, ihmisiä yksilöinä arvostavissa oloissa on parhaat mahdollisuudet saada aikaan positiivinen kierre ympäristöterveyden edistämiseksi. Tällaista positiivista kehitystä tapahtui Suomessa 1800–1900-luvuilla. Globaalit megatrendit, kuten väestön lisääntyminen, nopea teollistuminen ja kaupungistuminen, ilmastonmuutos, luonnonvarojen liikakäyttö ja maailmantalouden yhtenäistyminen, aiheuttavat uhkia ympäristön vakaudelle ja puhtaudelle sekä ravinnon riittävyydelle (Donohoe 2003, Pronczuk & Surdu 2008). Toisaalta uusi teknologia, koulutuksen lisääntyminen ja tiedon nopea kulku antavat mahdollisuuksia parantaa koko maailman väestön ympäristöterveyttä. Kysymys on suureksi osaksi eettisistä valinnoista.

Mikrobiologiset tekijät

Ihmiskunnan historiaan liittyy läheisesti tartuntatautien historia. Kotieläinten pito ja asutuksen tihentyminen mahdollistivat tauteja aiheuttavien, eläimissä esiintyvien mikrobien muuntumisen ja siirtymisen eläimistä ihmiseen. Tartuntataudit ovat myös levinneet tutkimus- ja kaupparetkikuntien mukana. Ensimmäiset kontaktit olivat tuhoisia, koska vastustuskykyä uusille mikrobeille ei ole vielä ollut. Muun muassa Amerikan intiaanit melkein kuolivat sukupuuttoon Euroopasta tulleiden tartuntatautien takia. Tämä jo opetti sen tosiasian, että vaikea infektiotauti yhdessä maassa voi olla uhka koko maailmalle (Chen ym. 2008). Monet infektiotaudit, kuten isorokko (julistettu kadonneeksi) ja polio (häviämässä), on voitettu maailmanlaajuisilla toimilla, mutta niiden tilalle on ilmestynyt uusia tauteja.

Nykyaikana ovat uhkana edelleen AIDS, SARS ja joka vuosi yhä uudestaan muuntuvien influenssavirusten aiheuttamat epidemiat. Infektiotaudit eivät tunne valtioiden rajoja, ja niiden torjunta ja tutkimus, kuten rokotteiden kehittäminen, on vaatinut kansainvälistä yhteistyötä ja globaaleja toimia. AIDS:n (Acquired Immunodeficiency Syndrome) aiheuttaa HI-virus (Human Immunodeficiency Virus eli HIV), joka on todennäköisesti apinoista peräisin oleva, pääasiassa sukupuolikontaktissa leviävä muuntunut virus. Sen kyky muuntua edelleen nopeasti ja ennalta arvaamattomasti on tehokkaasti estänyt rokotteen kehittämisen. Myös kehitettyihin tehokkaisiin lääkehoitoihin liittyy monia ongelmia suorien haittavaikutusten lisäksi. Muun muassa elimistössä olevien tulehdustautien oireet saattavat pahentua, kun immuunisysteemin toipuessa sen reaktiot ”kytketään käyttöön” (Lawn ym. 2005). Tehokkain keino AIDS:ää vastaan on edelleen ennalta ehkäisy, jonka mahdollistavat väestön koulutus ja oikein suunnattu terveysvalistus.

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) oli ensimmäinen infektiotauti, josta WHO varoitti maailmanlaajuisesti maaliskuussa 2003 vuotta aikaisemmin tapahtuneen taudin löytymisen, sen leviämisen kymmeniin maihin ja yli 700 kuolemantapauksen jälkeen (Chen ym. 2008). SARS:n torjunnassa tärkeimmäksi toimeksi on osoittautunut taudin leviämisen estäminen hygienian avulla sen esiintymispisteissä.

Influenssaviruksia vastaan voidaan kehittää rokote, mutta viruksille tyypilliseen tapaan muuntuva influenssa A pakottaa kehittämään uuden rokotteen joka vuosi (American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases 2008). Rokotteen kohteena olevien virus-

kantojen valinta on parhaimmillaankin osittain arvausta, minkä vuoksi rokotteiden teho vaihtelee vuodesta toiseen. Rokotteen kehittäminen kestää aina muutamia kuukausia ja sinä aikana vain rajoitukset väestön kokoontumisissa ja liikkuvuudessa voivat estää taudin leviämistä. Influenssan tyyppisten tautien leviämiseen vaikuttaa nykyinen liikkuva elämäntapa, jossa virus pääsee muutamissa tunneissa lentomatkustajien mukana maapallon puolelta toiselle. Influenssatautien tarttuvuus ja vaikeus vaihtelevat. Niiden vaarallisuus riippuu myös tarttumistavasta (ilman välityksellä leviävä on vaarallisin) ja väestön vastustuskyvystä. Eri eläinten influenssat ovat niin lähellä toisiaan, että esimerkiksi lintujen levittämästä influenssasta pelätään syntyvän ihmisestä toiseen tarttuvia muotoja.

Uusin uhka on tätä kirjoitettaessa Meksikossa huhtikuussa 2009 puhjennut sikainfluenssa, joka nimestään huolimatta on yhdistelmä sian-, linnun ja ihmisen influenssavirusta (influenssa A H1N1 -virus) (Ding ym. 2009). Se on osoittautunut pelättyä vaarattomammaksi mutta on silti aiheuttanut kuolemantapauksia ympäri maailmaa (vuoden 2009 loppuun mennessä vähintään 13 500 ihmistä; www.who.int). Suurimmassa vaarassa näyttävät olevan muita sairauksia sairastavat, tyypillisesti influenssan riskiryhmään kuuluvat, mutta tautiin on kuollut myös muuten terveitä nuoria aikuisia. WHO on julistanut taudin pandemiaksi, ja arvioidaan, että suuri osa ihmiskuntaa saa tartunnan.

Kemialliset tekijät

Maailmassa on yleisessä käytössä noin 50 000 kemikaalia. Niistä suurimman osan terveysvaikutukset tunnetaan puutteellisesti. Välittömästi myrkylliset ovat tosin karsiutuneet luonnostaan pois yleisestä käytöstä sitä mukaa kuin toksisia vaikutuksia on löytynyt. Haaste ovat pitkäaikaiset haittavaikutukset, joita on tieteellisesti vaikea yhdistää altistumiseen kuluneen ajan ja puutteellisten altistumista mittaavien menetelmien takia.

Kemialliset aineet voivat vaikuttaa terveyteen suoraan, toksisuutensa takia tai epäsuorasti, esimerkiksi vaikuttamalla UV-valolta suojaavaan otsonikerrokseen, kuten klooratut ja fluoratut hiiliyhdisteet (Longstreth 1991). Ihminen altistuu kemiallisille aineille ilman, veden ja ruoan välityksellä. Näiden puhtaus ei ole selviö edes kehittyneissä maissa (ks. esimerkkiä 1 seuraavalla sivulla), vaan se vaatii lainsäädäntöä ja valvontaa. Nämä puolestaan riippuvat yhteiskunnan yhtei-

seksi hyväksi käytettävästä varallisuudesta, yhteiskunnan järjestyneisyydestä ja yrittäjien valistuneisuudesta. Vaarallinen viimeaikainen esimerkki rahanahneuden aiheuttamasta ruokakatastrofista on Kiinassa vedellä laimennettuun maitoon typpipitoisuuden suurentamiseksi lisätty melamiini, joka aiheutti melkein 300 000 lapsen sairastumisen. Sairaalaan joutui 50 000 lasta, ja myös useita kuolemantapauksia sattui (Ingelfinger 2009, Chen 2009). Typpipitoisuuden perusteella määritettiin maidon proteiinipitoisuutta, joka taas määräsi tuottajan saaman hinnan. Melamiinia on tavattu muissakin tuotteissa ja monissa maissa, lähinnä Kiinassa, tuotetuissa ruokatarvikkeissa. Maatalouden ja kaupan globalisaatio edistää myös ongelmien globalisaatiota, silloin kun ongelmia ilmenee.

Tyypillisimmät kansanterveyden tasolla nykyään vaikuttavat saasteet kehittyneissä teollisuusmaissa eivät ole yksittäisiä kemikaaleja vaan massiivisina määrinä ympäristöön pääseviä seoksia, kuten ilmansaasteet (World Health Report 2002). Näistä tärkeimmäksi katsotaan nykyään pienhiukkaset, jotka liittyvät sekä välittömään päivittäisen kuolleisuuden ja sairastuvuuden vaihteluun että pitkäaikaisriskeihin, kuten lisääntyneeseen sydän- ja keuhkosairauksien aiheuttamaan kuol-

Esimerkki 1.
Kärkölän vedenottamon saastuminen kloorifenolilla
(Lampi ym. 2001, 2008)

Vuonna 1987 huomattiin, että Kärkölän vedenottamo oli saastunut kloorifenolilla. Seuranneissa tutkimuksissa selvisi, että paikkakunnalla toimineen sahan alueelta oli päässyt sahatavaran sinistymisen estoon käytettyä ainetta pohjaveden mukana vedenottamon alueelle. Kloorifenolipitoisuudet olivat tästä syystä Kärkölän vesijohtovedessä hyvin suuria. Alapuolisen järven pohjasedimenttien kerrostumista pääteltiin, että saastuminen oli jatkunut ainakin parikymmentä vuotta. Vuosien altistuminen näkyi myös paikkakuntalaisten syöpään sairastuvuudessa. Imukudos- ja pehmytkudossyöpien insidenssit olivat suurentuneet suomalaisiin keskiarvoihin nähden. Saastuneen vedenottamon sulkemisen jälkeen seuraavan kahdenkymmenen vuoden kuluessa sairastuminen näihin syöpiin väheni muiden paikkakuntien tasolle.

Taulukko 1.2 Arvio pienhiukkasten terveysvaikutuksista

Terveyshaitta (Cafe-arvio)	EU 25 maata	Suomi
Kuolemat (ennenaikaisia)	350 000	1 300
Menetettyjä elinvuosia	3 600 000	14 000
Lasten oirepäiviä	193 000 000	800 000
Aikuisten hengityslääkkeiden käyttöpäiviä	28 000 000	100 000

(Clean Air For Europe eli Cafe, EU-selvitysprojekti; http://ec.europa.eu/environment)

leisuuteen sekä keuhkosyöpään (taulukko 1.2). Vaikutusmekanismeja tunnetaan vielä huonosti, eikä ole varmaa, perustuvatko vaikutukset joihinkin kemiallisiin tekijöihin, kuten transitiometalleihin, vai onko kyseessä elimistön reaktio fysikaalisia hiukkasia vastaan (Pekkanen 2004). Toiseksi tärkein terveyteen vaikuttava ilmansaaste näyttää olevan otsoni, mutta myös typpioksideilla, rikkidioksidilla ja hiilimonoksidilla (häkä) näyttää olevan oma vaikutuksensa terveyteen.

Fysikaaliset tekijät

Elimistöön vaikuttavat monenlaiset fysikaaliset tekijät, joilla voi olla sekä tärkeitä hyödyllisiä vaikutuksia (mm. auringon valon aiheuttama D-vitamiinin synteesi iholla) että vahingollisia seurauksia (liiallisen UV-valoaltistumisen aiheuttama ihosyöpäriskin kasvu). Yleensä ionisoiva säteily on säteilyn lähteestä riippumatta yksinomaan vahingollista terveydelle. Ympäristön ionisoivan säteilyn lähteistä tärkein on uraanin hajoamistuote radon, joka edelleen hajotessaan lähettää alfa-hiukkasia. Nämä voivat muun muassa vahingoittaa keuhkosolujen DNA:ta ja näin aiheuttaa syöpää. Tätä prosessia edistää radonin hajoamistuotteiden sitoutuminen hengitysilman pienhiukkasiin, jotka takertuvat keuhkoputkiin ja lisäävät radioaktiivisten aineiden pysymistä keuhkoissa. Radonille altistuminen tapahtuu siis hengitysilman kautta, ja keuhkosyöpä on sen pahin seuraus, jonka todennäköisyyttä tupakointi vielä merkitsevästi lisää. Vaikka juomavedessä voi myös esiintyä radonia, sen ei ole osoitettu lisäävän maha-suolikanavan sairauksien riskiä (Al-Zoughool & Krewski 2009). Sen sijaan veden aiheuttamat riskit perustuvat esimerkiksi suihkun aikana haihtuvaan radoniin.

Ääniärsykkeet ovat tärkeitä ihmisen hyvinvoinnille. Esimerkiksi lintujen laulua ja aaltojen loiskintaa ei turhaan ole äänitetty rentou-

tuskaseteille. Toisaalta voidaan syystä puhua suurkaupunkien melusaasteesta. Kova melu on vaarallista kuulolle, mutta on myös havaittu, että jo kuulolle haitaton lentokoneiden ja muun liikenteen melu lisää stressiä ja on todennäköisesti sydän- ja verisuonitautien riskitekijä (Ising & Kruppa 2004, Babisch 2006). Osa ihmisistä on meluherkkiä, ja heille melu näyttää olevan suurempi riskitekijä kuin muille (Heinonen-Guzejev ym. 2007). Erityisesti nuoret altistuvat usein itse aiheutetulle melulle, ja muun muassa liian kovaäänisten konserttien ja äänentoiston aiheuttaman melun on selvästi osoitettu heikentävän kuuloa. Kovaäänisissä konserteissa onkin syytä käyttää kuulosuojaimia.

Psykologiset ja sosiaaliset tekijät, ihmisen ja luonnon vuorovaikutus

Ihminen on kautta aikojen pyrkinyt esteettisyyteen, mikä on selvästi todettavissa muun muassa tarve-esineiden koristelusta ja kalliomaalauksista. Toinen ihmisille ominainen piirre on yhteisöllisyys, jota ylläpitävät toimivat sosiaaliset suhteet. Sekä yhteisöllisyys että esteettisyys vaikuttavat voimakkaasti ihmisten psyykkiseen hyvinvointiin, joka puolestaan heijastuu muun muassa kykyyn ja haluun toimia oman terveyden edistämiseksi (Lesesne & Kennedy 2005). Yhteisöllisyys näkyy myös globaalisti esimerkiksi suurten luonnonkatastrofien aikana yhteisenä haluna auttaa myös vieraissa kulttuuripiireissä ja maantieteellisesti kaukana asuvia ihmisiä.

Alkuperäiskansat ovat vanhastaan pyrkineet turvaamaan tärkeää vuorovaikutustaan luonnon kanssa luonnonuskonnoilla, joissa painotetaan kunnioitusta luontoa kohtaan. Tämä on joissakin kulttuureissa toiminut, mutta on myös monia esimerkkejä jo varhaisten kulttuurien aiheuttamista ympäristötuhoista (Diamond 2005, Martin 2005). Nykyinen globaali tehotalous korostaa usein luonnon resursseja, yksilöllistä edun tavoittelua ja rahanpalvontaa. Tämä voi johtaa paitsi luonnon myös ihmisten kannalta korvaamattomiin menetyksiin. Esimerkiksi lääkekehityksessä kasvi- ja eliölajien tutkiminen on ollut ratkaisevaa, joten lajien häviäminen muun muassa tehomaatalouden, tehokalastuksen, turismin tai teollisuuden takia vähentää näitäkin mahdollisuuksia.

Ympäristöterveyteen vaikuttavat megatrendit

Ihmisen vaikutus ympäristöön

Teollistuminen ja urbanisoituminen sekä väestön räjähdysmäinen lisääntyminen 1900-luvulla ovat toisiinsa liittyviä ilmiöitä, jotka ovat vuosituhannen vaihtumisen jälkeen ennestään kiihtyneet. Nämä ilmiöt ovat muuttaneet ihmisten elinympäristöä ja elämäntapaa perinpohjaisesti (Pronczuk & Surdu 2008). Maatalouden muutoksia, muun muassa torjunta-aineita (pestisidejä), on tarvittu ja tarvitaan lisääntyvän väestömäärän ravinnon saantiin. Maatalouskemikaalit eivät kuitenkaan ole ihmiselle vaarattomia, jos niitä käytetään taitamattomasti. Joissakin tapauksissa on epäselvää, kuinka suuri altistuminen haittaa terveyttä. Varsinkin pitkäaikaishaitat, kuten vaikutus hermostoon ja sen kehittymiseen sekä mahdollinen syöpäriskin lisääntyminen, ovat epäiltyjä, mutta vaikeasti tutkittavia haittavaikutuksia (Alavanja ym. 2004, Jones & Miller 2008, Bjorling-Poulsen ym. 2008). Torjunta-aineiden käyttöä säädellään länsimaissa tarkoin, mutta siellä missä lainsäädäntöä joko ei ole tai valvonta pettää, ihmiset voivat altistua terveydelle haitallisille pitoisuuksille. Joissakin maissa on myös edelleen käytössä melko myrkyllisiä aineita, eikä kehittyvissä maissa lainsäädäntö noudata välttämättä länsimaisia raja-arvoja.

Rakennettu kaupunkiympäristö ja länsimainen elämäntapa (ruoan helppo saatavuus, moottoroitu liikkuminen, sähköinen tiedonsiirto) ovat johtaneet siihen, että lihavuudesta on tullut maailmanlaajuinen epidemia. Jopa puolet joistakin väestöistä on ylipainoisia. Tämä on lisännyt lihavuuden liitännäissairauksien, kuten diabeteksen ja verenpainetaudin, esiintymisen länsimaissa ennätyslukemiin. Sitä mukaa kuin maat siirtyvät kehittyneiden maiden joukkoon, myös nämä elintasosairaudet lisääntyvät. Lihavuus on ravitsemuksen ja liikunnan epätasapainon seuraus, johon on hyvin vaikea vaikuttaa jo lihoneilla aikuisilla. Onkin selvää, että tärkein terveyden edistämisen kohderyhmä tällä alueella ovat lapset ja heidän perhe- tai ruokailuyhteisönsä, jossa etenkin vanhempien elintavoilla näyttää olevan merkitystä (Dehghan ym. 2005, Campbell ym. 2006). Haaste on se, kuinka tätä ympäristöä voidaan muuttaa, jos perheen aikuisilla on sama ongelma.

Nykyteknologia lisää mahdollisuuksia monitoroida ympäristön muutoksia. Satelliittien antamaa tietoa voidaan todennäköisesti hyödyntää monien ympäristössä tapahtuvien ilmiöiden, kuten saasteiden leviämi-

sen, rakentamisen aiheuttamien ympäristömuutosten, UV-säteilyn ja infektiosairauksien leviämisen, seuraamiseen (Maynard & Convey 2007).

Ilmastonmuutos

Ilmaston muuttuminen on jo aiheuttanut selviä haittoja terveydelle ja hyvinvoinnille (taulukko 1.3, s. 64). Ilmastonmuutoksen suurimpana maailmanlaajuisena terveysvaikutuksena pidetään vajaaravitsemuksen pahenemista (IPCC 2007, 2008, www.ipcc.ch), joka johtuu ennen muuta monien alueiden kuivumisesta. Afrikan monien alueiden kurjistumisen yhtenä syynä ovat ilmastonmuutoksen jo tähän mennessä aiheuttamat vaikeudet, ja ennusteiden mukaan Afrikka ja Etelä-Eurooppa ovat tässä suhteessa pahiten kärsivien alueiden joukossa. Jopa Ruandan ja Burundin kansanmurhien syynä on kansallisuuksien välisten ristiriitojen ja liikaväestön tuomien ongelmien ohella pidetty kuivuuden aiheuttamaa elintarvikepulaa. Makean veden määrä maapallolla on hyvin riippuvainen ilmastosta ja siten herkkä ilmastonmuutoksille. Tulevien muutosten arviointi on vaikeaa. IPCC:n (2008) raportissa luetellaankin suuri määrä tutkimuksia, joita tarvitaan asian selvittämiseksi. Tarvitaan myös parempia tiedostoja tutkimustulosten käytettävyyden parantamiseksi ja matemaattisia malleja tulevaisuuden ennustamiseksi.

Elintarvike- ja vesipulasta aiheutuu paikallisen vajaaravitsemuksen lisäksi runsaasti epäsuoria terveysvaikutuksia, kuten pakolaisuutta ja siitä aiheutuvaa väkivaltaa, paikallisia selkkauksia ja sotia monine terveysvaikutuksineen. Ajan mittaan nämä vaikutukset heijastuvat pakolaisuutena ja taloudellisina seurannaisvaikutuksina kauas alkuperäisiltä tapahtumapaikoilta.

Toinen suuri ilmastonmuutoksen vaikutus terveyteen on infektiotautien lisääntyminen. Erityisesti hyönteisten ja muiden kantajien aiheuttamien tartuntatautien, kuten malarian, arvioidaan lisääntyvän. Malarian osalta lisäys saattaa olla useita kymmeniä miljoonia tapauksia vuodessa. Myös monet veden kautta leviävät tartuntataudit, kuten kolera, saavat edullisemmat leviämisolot. Hyvä vesihygienia ja elintarvikehygienia tulevatkin entistä tärkeämmiksi. Kasvien ja eliöiden leviämistä uusille alueille lisää maailmanlaajuinen lisääntynyt matkustelu. Esimerkkinä näistä ovat ragweed ja allergisoiva siitepöly (Fumanal ym. 2007) sekä malariasääski (Reiter 2001, 2008). Suomessa joidenkin tartuntatautien lisääntymistä on arveltu ilmastonmuutoksen

aiheuttamaksi. Esimerkkejä tästä ovat punkkien mukanaan kantama viruksen aiheuttama puutiaisaivokuume ja bakteerin aiheuttama borrelioosi. Takavuosina niitä tavattiin lähinnä Ahvenanmaalla, mutta ne ovat vuosi vuodelta levinneet syvemmälle myös Manner-Suomeen.

Huomattava mutta vaikeasti ennustettava ilmastonmuutoksen vaikutus terveyteen on sään ääri-ilmiöiden vaikutus. Keski-Euroopan vuoden 2003 helleaallossa arvioidaan kuolleen noin 35 000 ihmistä, joista noin 15 000 Ranskassa (www.earth-policy.org). Helleaaltojen määrän oletetaan lisääntyvän, kun keskilämpötila todennäköisesti nousee useita asteita vuosisadan loppuun mennessä. Hirmumyrskyt, kuten New Orleansissa noin 2 000 ihmisen kuoleman ja suuret taloudelliset tappiot aiheuttaneen Katrina-myrskyn (http://katrina.com) tyyppiset myrskyt, lisääntyvät tulevaisuudessa myös, vaikka yksittäisten myrskyjen yhteyttä ilmastonmuutokseen on vaikea osoittaa. Luonnonmullistukset lisäävät kuolleisuutta ja loukkaantumisia ja epäsuorasti yhteiskunnan toimintojen paikallisen lamaantumisen vuoksi myös sairastuvuutta (Diaz 2007). Ilmaston lämpeneminen on myös muuttanut siitepölyn tyyppiä ja määrää, mikä saattaa aiheuttaa astman globaalin esiintyvyyden lisääntymistä (Beggs & Bambrick 2005).

Erot altistumisessa ja herkkyydessä ympäristön aiheuttamille haitoille

Resurssien ja koulutuksen epätasainen jakaantuminen johtaa myös muun muassa teollisuuden aiheuttamien hyötyjen ja haittojen epätasaiseen jakaantumiseen. Köyhyys liittyy paitsi ruoan, terveyspalveluiden ja koulutuksen puutteeseen myös siihen, että monet likaiset ja terveydelle vaaralliset työt siirtyvät maihin, joissa on paljon halpaa ja kouluttamatonta työvoimaa sekä kehittymätön työterveyshuolto (Rantanen ym. 2004). Yhtenä esimerkkinä voidaan mainita Aasian rantavaltioissa toimivat laivojen hajottamot, joissa työntekijät altistuvat ympäristölle ja ihmisille haitallisille kemikaaleille ja tapaturmien riskit ovat suuret (esimerkki 2, ks. s. 65). Samoihin valtioihin keskittyy muitakin pahoja ympäristöterveysongelmia, kuten liiallinen arseenialtistuminen ja sen mukanaan tuomat terveyshaitat (esimerkki 3, ks. s. 66). Ympäristöterveyttä ei voidakaan erottaa väestön kokonaisterveyteen ja työterveyteen liittyvistä asioista. Väestön terveys, myös ympäristöterveys, on osa väestön kokonaishyvinvointia ja vaatii yhteiskunnan vakaata infrastruktuuria, jossa myös heikosti pärjäävistä pidetään huolta.

Kehittyvien maiden väestön ikäjakauma poikkeaa kehittyneiden maiden väestön ikäjakaumasta siten, että niiden väestöstä paljon suurempi osuus on lapsia ja nuoria. Aliravitsemuksen ja ympäristöhaittojen taakkaa joutuvat siten useammin kantamaan lapset kuin aikuiset (Pronczuk & Surdu 2008). Lapset ovat myös herkempiä ympäristön haittavaikutuksille kuin aikuiset (Pronczuk & Surdu 2008, Merlo ym. 2007). Tämä johtuu monista tekijöistä, kuten suuremmasta altistumisesta, koska lapset syövät, juovat ja hengittävät enemmän suhteessa painoonsa kuin aikuiset. Lasten ihon pinta-ala on myös suhteessa suurempi, ja pienillä lapsilla kemialliset aineet imeytyvät ihon ja suoliston läpi helpommin kuin aikuisilla. Lisäksi lapset viettävät enemmän aikaa ulkona ja ovat fyysisesti aktiivisempia kuin aikuiset ja joutuvat siten enemmän ja läheisempiin tekemisiin ympäristön ja sen saasteiden kanssa. Myös ilmastonmuutoksen aiheuttamat ääri-ilmiöt kohdistuvat pahiten lapsiin (taulukko 1.3).

Taulukko 1.3 Ilmastomuutokseen liittyviä mahdollisia terveyshaittoja (Pronczuk & Surdu 2008)

Riskitekijä	Terveysvaikutus	Vaikutus erityisesti lasten terveyteen
Tulvat, hirmumyrskyt	Äärimmäiset ilmaston aiheuttamat terveysvaarat	Loukkaantumisen- ja kuoleman-vaara, posttraumaattinen stressi, huoltajien menetys, koulutuksen keskeytyminen, yhteisön pakkomuutto tai hajoaminen
Äärilämpötilat, liikkumattomat ilmamassat	Lämpötilasta johtuvat sairaudet ja kuolemat	Äärimmäinen lämmön aiheuttama väsyminen, lämpöhalvaus
Lämpötilan nousu ja liikkumattomat ilmamassat	Ilman saastumisen aiheuttamat sairaudet	Keuhkojen toiminnan ja kasvun häiriö, astman paheneminen, ilman saasteiden aiheuttamat allergiat
Lisääntyneet sateet, veden lämpötilan nousu	Veden ja ruoan pilaantumisen aiheuttamat sairaudet	Ripuli, elimistön nestetasapainon häiriöt, vajaaravitsemus
Lämpötilan nousu, sateet, kosteus	Hyönteisten ja jyrsijöiden välittämien sairauksien lisääntyminen	Malaria, dengue-kuume, sistosomiaasi
Lämpötilan nousu, makean veden puute, maankäytön ongelmat	Ravinnon puute	Sato-ongelmat, yhteisöjen hajoaminen sekä epävakaa sosiaalinen ja poliittinen tila johtavat vajaaravitsemukseen, terveysongelmiin ja kuolleisuuden lisääntymiseen

Sikiön kehittyvä elimistö on erittäin herkkä äidin kautta tulevil-le ympäristötekijöille, eikä istukka juuri suojaa esimerkiksi kemiallisilta äidin verenkiertoon päässeiltä aineilta (Vähäkangas & Myllynen 2006). Sen lisäksi, että sikiön altistuminen voi aiheuttaa epämuodostumia (esim. alkoholi), se voi vaikuttaa syntyvien lasten kasvuun ja sairastuvuuteen lapsuuden aikana ja myöhemmin elämässä. Esimerkiksi sikiöaikainen altistuminen maksasyöpää aiheuttavalle homemyrkky aflatoksiinille hidastaa lapsen kasvua syntymän jälkeen (Turner ym. 2007). Oletettavasti se myös lisää maksasyövän riskiä, vaikkei asiaa ole vielä voitu tutkimuksin osoittaa (esimerkki 4, ks. s. 67). On myös näyttöä ylipainon ja metabolisen oireyhtymän yhteydestä sikiöaikaiseen altistumiseen nikotiinille (tupakansavun ainesosa) ja ympäristön estrogeenisille aineille (Somm ym. 2009, Heindel & vom Saal 2009). Sikiöaikaisen altistumisen vaikutus tunnetaan hyvin eläimillä, ja esimerkkejä siitä on myös ihmisillä (Anderson ym 2000). Ihmiskunnan tulevaisuuden kannalta huolestuttavaa on, etteivät ympäristömyrkkyjen vaikutukset välttämättä rajoitu altistuneisiin sukupolviin vaan saattavat yltää myös tuleviin altistumattomiin sukupolviin (Robaire 2008).

Yksilöllisen sairastumisherkkyyden erojen takana on myös geneettisiä eroja, mutta koska suurin osa sairauksista on monien geeniteki-

Esimerkki 2.
Laivojen hajottamot Intiassa, Kiinassa, Bangladeshissa ja Pakistanissa.

(Rousmaniere & Raj 2007)

Intia, Kiina, Bangladesh ja Pakistan vastaavat 89 prosentista liiketoiminnasta, joka liittyy käytöstä poistettujen valtamerilaivojen hajottamiseen. Laivoja purkavat kouluttamattomat työntekijät purkavat laivoja suljetuilla hiekkarannoilla, eikä heidän työssään oteta huomioon minkäänlaisia turvallisuus- tai työterveysnäkökohtia. Myöskään ympäristön saastumiseen ei kiinnitetä tarpeellista huomiota. Näihin näkökohtiin liittyvä lainsäädäntö on kyseisissä maissa toistaiseksi lähes täysin kehittymätön ja työvoima halpaa, mikä johtaa sekä vaikeaan ympäristön saastumiseen että työntekijöiden sairastumiseen ja suuriin onnettomuuslukuihin. Maaperä, merivesi ja ilma myös saastuvat monenlaisilla kemiallisilla aineilla, kuten raskasmetalleilla, asbestilla ja polykloratuilla bifenyyleillä (PCB). Monet kansainväliset järjestöt (esim. ILO, UNEP, EC) ovat kiinnittäneet huomiota näihin ongelmiin.

jöiden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutusta, geenitekijöiden osuutta ei edes tunneta vielä hyvin (Vähäkangas 2008). Myös populaatioissa havaitut erot saattavat johtua etnisistä geneettisistä eroista herkkyydessä ympäristötekijöille. Yhdessä maassa saatuja tutkimustuloksia ei siten välttämättä voida sellaisenaan soveltaa yleisesti. Ihmisten ominaisuudet edustavat tasoa, johon ei voi vaikuttaa vaan joka on otettava huomioon toimia suunniteltaessa. Sama pätee muun muassa kulttuurieroihin, jotka on myös otettava huomioon.

Esimerkki 3.
Arseenialtistumisen aiheuttamat terveyshaitat

(Arnold ym. 2007, Brammer & Ravenscroft 2009, www.ktl.fi)

Arseeni on maaperän alkuaine, jota esiintyy yleisesti juomavedessä ja ruoassa. Pitkäaikainen altistuminen suurille arseenipitoisuuksille aiheuttaa monenlaisia terveysongelmia, kuten verenkierron häiriöitä ja ihon ja sisäelinten syöpätauteja. Huolestuttavaa on, että hiirillä emon altistuminen kantoaikana lisää poikasten maksasyöpää aikuisena. Myös ihmissikiö on herkempi monille ympäristön aineille kuin aikuinen.

Arseenille altistuminen juomaveden välityksellä on ongelma muun muassa Taiwanissa, Mongoliassa, Chilessä, Kiinassa, Bangladeshissa ja Intiassa. Bangladeshissa länsimaiden avustuksella luotu pohjaveteen perustuva vesihuoltojärjestelmä, jonka tarkoituksena oli estää epähygieenisen juomaveden aiheuttamat sairaudet, johti vakaviin arseenin aiheuttamiin terveysongelmiin. Niiden näkyvin ilmentymä olivat perifeerisen verenkierron häiriöiden aiheuttamat kuoliot jaloissa (”blackfoot disease”). Taiwanissa arseenilla kontaminoituneen veden käyttäminen juomavetenä ja ruoanlaittoon lopetettiin 1970-luvulla. Juomaveden arseenipitoisuus oli 350–1 140 mikrogrammaa/l ennen muutosta ja alle 10 mikrogrammaa/l sen jälkeen. Seuraavan kolmenkymmenen vuoden aikana sairastuvuus keuhko-, rakko- ja munuaissyöpään on jatkuvasti vähentynyt, mutta vuoteen 2000 mennessä se ei ollut vielä saavuttanut kehittyneiden maiden syöpäinsidenssiä. Koska syövän kehittyminen vie ihmisillä aina vuosia tai vuosikymmeniä, nopeita muutoksia syöpätilastoissa ei ole odotettavissakaan.

Vaikka altistuminen hyvin suurille arseenipitoisuuksille on Suomessa harvinaista, kaivovesien arseenipitoisuus voi etenkin Lounais-Suomessa ja Keski-Lapissa olla raja-arvoa (10 mikrogrammaa/l) suurempi. Näillä alueilla asuvilla onkin havaittu suurentuneita virtsan ja hiusten arseenipitoisuuksia. Virtsarakon syöpä näytti olevan yhteydessä suurimpiin arseenipitoisuuksiin porakaivoissa, mutta vain samaan aikaan muillekin syöpää aiheuttaville aineille altistuneilla (esim. tupakoitsijat).

Esimerkki 4.
Maksasyöpä on pääasiassa ympäristötekijöiden aiheuttama tauti
(Stuver 1998, Anwar ym. 2008)

Maksasyöpä on neljänneksi eniten syöpäkuolemia aiheuttava tauti maailmassa, ja joissakin maissa sen esiintyminen on lisääntymässä. Esimerkiksi Egyptissä sen esiintyminen on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Kaksi tunnetuinta yhdessä vaikuttavaa maksasyövän aiheuttajaa ovat homemyrkky aflatoksiini ja virusperäiset maksatulehdukset (hepatiitti B ja C). Kaakkois-Aasiassa ja Saharan etelänpuoleisessa Afrikassa hepatiitti B on endeeminen, väestössä yleisesti esiintyvä tauti ja 90 prosentista synnytyksessä infektoituneista lapsista tulee taudin kroonisia kantajia. Tämä lisää sekä maksatulehduksen että maksasyövän riskiä, varsinkin koska samoilla alueilla myös aflatoksiinille altistuminen homeisen ravinnon myötä vauvaiästä lähtien on tavallista. Monissa tutkimuksissa on osoitettu, että altistuminen alkaa jo sikiöaikana äidin ravinnon sisältämän aflatoksiinin vuoksi.

Globaalin ympäristöterveyden edistämisen mahdollisuuksia

Terveyden edistämisen kentän ja käsitteistön hajanaisuuteen ja terveyden edistämisen edellytyksiin on kiinnitetty huomiota (McQueen 2008, Allegrante ym. 2009). On kuitenkin muutamia asioita, joista terveyden edistäjät ovat McQueenin mukaan yhtä mieltä:

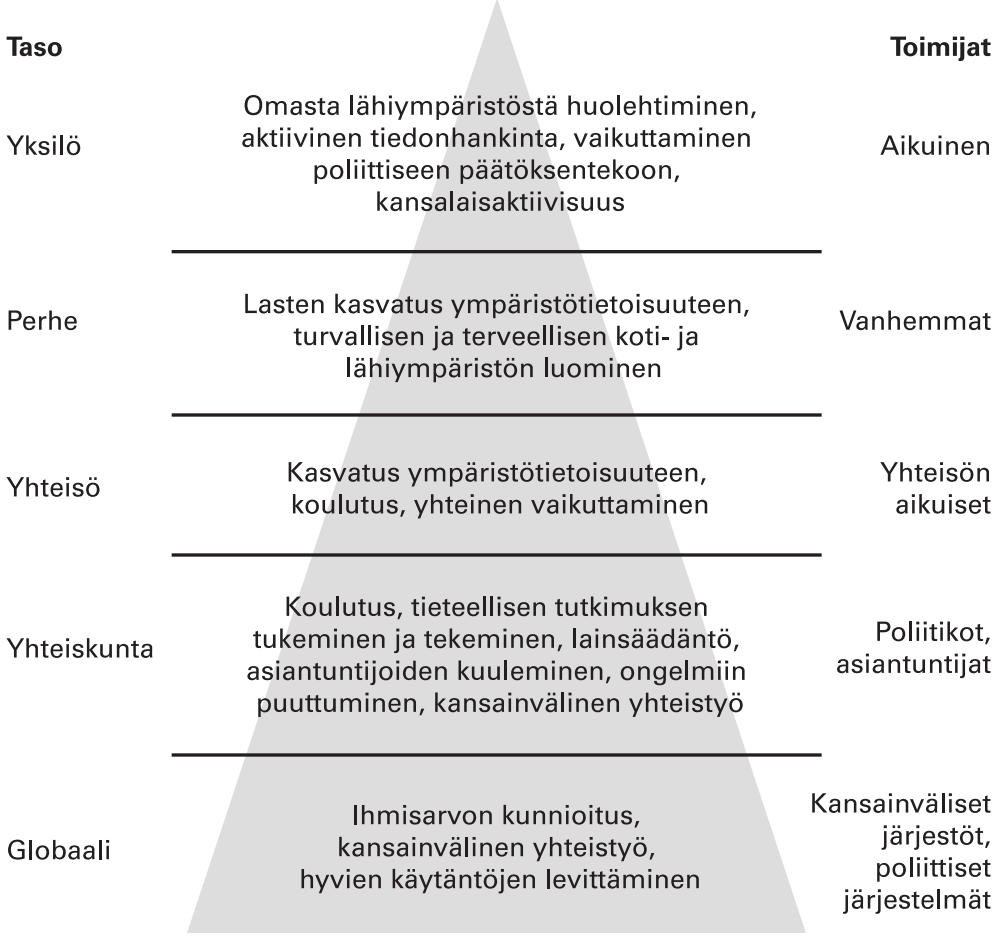
1. Terveyden edistämisessä on hyödynnettävä laaja-alaista lähestymistapaa.
2. Toiminnan pitää tapahtua siellä missä ihmiset ovat.
3. Yhteisöjen osallistuminen ja tekeminen kykeneviksi toimimaan itse on tärkeää.
4. Terveyteen on sijoitettava myös resursseja.

Nämä näkökohdat pätevät myös ympäristöterveyteen. (Kuva 1.6.)

Ympäristöterveyttä koskeva tutkimus on aina käsittänyt monta tieteenalaa. Esimerkiksi lyijyn hermostolle aiheuttama toksisuus (myrkyllisyys) on selvinnyt toksikologiassa kemiallisen (lyijyn pitoisuusmääritysten kehittäminen), biologisen (lyijyn vaikutukset eläimiin), epide-

miologisen (lyijyn vaikutukset sille altistuneissa ihmisissä) ja solu- ja molekyylibiologisen (lyijyn vaikutukset soluihin ja solussa tapahtuviin reaktioihin) tutkimuksen seurauksena. Todistusaineisto varsinkin lasten hermoston haittavaikutuksista on ollut niin vahva, että myös toimiin on ryhdytty (mm. lyijypitoisen moottoribensiinin kieltäminen Suomessa). Maissa, joissa lainsäädäntö ja toimintatavat ovat kehittymättömämmät, tulee edelleen ilmi terveyskatastrofeja, jotka olisivat olleet estettävissä. Niistä uusimpia on Kiinassa ilmi tullut lasten lyijymyrkytysepidemia laittomien metallisulattamojen ympäristössä (Parry 2009). Tuhansilla lapsilla on jo todettu älykkyysosamäärän laskua aiheuttaviin pitoisuuksiin nähden tuhatkertaisia pitoisuuksia.

Globaali vastuu on yhteinen, ja onneksi on saatu positiivisia esimerkkejä ympäristöterveyden edistämisen onnistumisesta sekä fyysisen että psyykkisen terveyden osalta. Esimerkiksi rokotus hepatiit-



Kuva 1.6 Ympäristöterveyden toimintatasot, toimijat ja tarvittavat toimet.

ti B -virusta vastaan on tehokas keino maksasyövän estämisessä, ja sitä käytetään jo laajalti niissä maissa, joissa maksasyöpä on tavallinen (Stuver 1998, Anwar ym. 2008). Globaalin yhteisön pitäisi huolehtia siitä, että rahoitus tähän tehokkaaseen interventioon turvataan myös niissä maissa, joissa se ei ole itsestään selvää. Esimerkiksi Filippiineillä on saatu hyviä tuloksia sijoittamalla ympäristöä parantaviin projekteihin (Lucero 2008). Valitettavasti on myös toisenlaisia esimerkkejä, kuten Intian rannikolla sijaitsevat valtamerilaivojen hajottamot, joiden turvallisuudesta ja työhygieniasta ei voida juuri puhua (Rousmaniere & Raj 2007). Maailma kuitenkin tarvitsee jonkin tekemään tämänkin työn, josta toistaiseksi suurimman hyödyn saavat teollisuusmaat. Työn aiheuttamat ympäristö- ja terveyshaitat sen sijaan todennäköisesti ylittävät moninkertaisesti hajottamosta saatavan materiaalin jälleenmyyntiarvon. Tällaisiin asioihin voidaan vaikuttaa vain valtioiden välisellä politiikalla, ja yksityisen ihmisen vastuulle jää äänestää ihmisiä, joilla on halua ottaa ympäristöterveys huomioon.

Maailmanpolitiikka on tietysti avainasemassa vakaiden olojen luomisessa, koska sotien, konfliktien ja nälän keskellä tärkeintä terveyden edistämistä on katastrofien estäminen. Ihmisten terveyden tärkein tae ovat vakaat, ihmistä kunnioittavat olot, koska vain ne takaavat sen turvallisuuden tunteen, jota tarvitaan mielenterveyteen, joka on läpi elämän jatkuvan terveyden edistämisen edellytys (Lesesne ym. 2005). Mielenterveys ja ympäristöterveys eivät myöskään ole toisistaan riippumattomia. Monet kansainväliset järjestöt ovat näyttäneet mallia muun muassa terveydenhuollon ja rakentamisen alalta globaalissa yhteistoiminnassa. Nobel-palkinnon saanut presidentti Martti Ahtisaari on esimerkki siitä, mihin yhden ihmisen tahto ja taito parhaimmillaan yltävät rauhan rakentamisessa.

Näkyvimmät ympäristöterveyden katastrofit liittyvät teollisuus- ja voimalaitosten onnettomuuksiin, joissa jopa tuhannet ihmiset ovat altistuneet myrkyllisille pitoisuuksille säteilyä tai kemiallisia aineita (taulukko 1.4, ks. s. 70).

Syyt tällaisiin katastrofeihin ovat olleet inhimilliset virheet suunnittelussa, rakentamisessa tai koneiden ja laitteiden käytössä. Näiden takana taas on todennäköisesti pikemminkin systeemin liukuminen huonoihin käytäntöihin, joihin ihmiset pikku hiljaa tottuvat ja joista tulee normi, kuin yksinkertainen yhden ihmisen erehdys (Besco 2004). Liiallinen luottamus poikkeamien haitattomuuteen johtaa lopulta väis-

tämättömästi onnettomuuteen, kuten tapahtui Bescon kuvaamissa lento-onnettomuuksissa. Ympäristöterveyskin riippuu näin yhteiskunnan toimivuudesta, joka puolestaan perustuu koulutuksen laajuuteen ja laatuun sekä riskien hallintaan.

Toistuvasti suurimmat ongelmat ovat syntyneet siitä, että muutos tapahtuu yhden sukupolven näkökulmasta hitaasti. Monet yhteiskunnat ovat tuhonneet elinmahdollisuutensa esimerkiksi syömällä vähitellen metsäalaansa tai liikalaiduntamalla. Kun tämä tapahtuu vuosisatojen aikana, ihminen syntyy jo osittain muuttuneeseen ympäristöön eikä tajua elinaikansa vähäisestä muutoksesta, kuinka suuri muutos kaikkiaan on. Tunnetuin esimerkki tällaisesta on Pääsiäissaari, jon-

Taulukko 1.4 Kemiallisten aineiden aiheuttamia terveyskatastrofeja

Tapahtuma tai olot	Paikka, aika ja aine tai aineryhmä	Sairastuneiden ja kuolleiden arvioitu määrä	Lähde
Kemiallisen tehtaan räjähdys	Bhopal, 1984, metyyli-isosyanaattikaasua vapautui ilmaan 40 tonnia	Tuhansia välittömästi kuolleita ja satojatuhansia vammautuneita	Broughton 2005
	Seveso, 1976, TCDD:tä (dioksiini) vapautui ilmaan	Pari sataa klooriakneen sairastunutta, suurentunut syöpävaara	Bertazzi ym. 1998, Steenland ym. 2004
Kemialliset päästöt	Minamata, 1950-luku, mereen päässeet elohopeapäästöt johtivat kalojen rikastumiseen metyylielohopealla	Tuhansia neurologisiin oireisiin sairastuneita ja vammautuneita	Harada 1995, Grandjean & Choi 2008
	Kiina, 2009, luontoon pääsi lyijypäästöjä	Satoja hermosto-oireisiin sairastuneita lapsia	Parry 2009
Työterveysolot	Taiwan	Ei tietoa	Huang ym. 1997
Ruokaöljyn kontaminaatiot	Espanja, 1981, teollisuusöljyä myytiin ruokaöljynä	Satoja kuolleita ja tuhansia sairastuneita	James 1994
Ruokaan tahallaan lisätyt aineet	Kiina, 2007, melamiinia lisättiin äidinmaitovastikkeeseen vedellä laimennetun maidon typpipitoisuuden suurentamiseksi	Satoja tuhansia munuaiskiviin sairastuneita lapsia	Chen 2009
Eäinten rehun kontaminaatio	Belgia, 1999, kananrehu saastui PCB-öljyllä	Pitkäaikaishaittoja tulevaisuudessa (syöpä, neurologiset haitat)	van Larebeke 2001

ka väestö eli nopean kukoistuksen ja korkeakulttuurin ajan (Diamond 2007). Parissasadassa vuodessa liikakulutus köyhdytti saaren ympäristön, ja metsien hävitessä eroosio vei ruokamullan valtamereen. Väestö romahti sekä lukumääräisesti että kulttuurisesti, ja 1700-luvun eurooppalaiset merenkulkijat ihmettelivät saaren löytäessään epäsuhtaa kurjistuneen väestön ja saaren mahtavien monumenttien välillä.

Donohoen (2003) mukaan maailmanlaajuisesti suurimpia vaikutuksia yksilöiden ja populaatioiden terveyteen aiheuttavat ympäristön rapautuminen ja sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus. Hän myös kiinnittää huomiota lääkäreiden vastuuseen, koska heillä on tieteellinen koulutus ja he ovat sosioekonomisesti etuoikeutetussa asemassa. Samanlainen velvoite voidaan ulottaa muihinkin koulutettuihin ihmisiin. Toisaalta koulutus globaaliin ja globaalieettiseen ajatteluun ei ole nykyisissä yliopistojenkaan koulutusohjelmissa itsestään selvyys, vaikka sen tärkeydestä alkaakin näkyä kirjoituksia (esim. Johnston ym. 2005). Kansainvälisten koulutusohjelmien merkitys onkin tällaisen ajattelun kehittämisessä suuri, kun eri maiden opiskelijat toivottavasti lisäävät toistensa ymmärtämystä erilaisista oloista ja niiden luomista vaikeuksista sekä mahdollisuuksista kestäviin ratkaisuihin.

➟ Tehtäviä

1. Mitkä ovat tärkeimmät seikat, jotka tekevät ympäristöterveydestä globaalin asian?
2. Mitkä seikat lisäävät riskiä sairastua ympäristötekijöiden vaikutuksesta?
3. Millä tavalla yksi ihminen voi edistää ympäristöterveyttä paikallisesti ja globaalisesti?
4. Minkälainen kansainvälisten järjestöjen roolin pitäisi olla globaalin ympäristöterveyden edistämisessä?
5. Mitkä ovat tärkeimmät eettiset näkökohdat ympäristöterveyden edistämisessä?

Oheiskirjallisutta

Alavanja MC, Hoppin JA, Kamel F. 2004. Health effects of chronic pesticide exposure: cancer and neurotoxicity. Annual Review of Public Health 25, 155–197.

Allegrante JP, Barry MM, Airhihenbuwa CO, Auld ME, Collins JL, Lamarre M-C, Magnusson G, McQueen DV, Mittelmark MB. 2009. Domains of core competency, standarsds and quality assurance for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Health Education & Behaviour 36(3), 476–482.

Al-Zoughool M, Krewski D. 2009. Health effects of radon: a review of the literature. International Journal of Radiation Biology Jan 85(1), 57–69

American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. 2008. Prevention of influenza: recommendations for influenza immunization of children, 2007–2008. Pediatrics Apr 121(4), 1016–1031.

Anderson LM, Diwan BA, Fear NT, Roman E. 2000. Critical windows of exposure for children's health: cancer in human epidemiological studies and neoplasms in experimental animal models. Environmental Health Perspectives 108, 573–594.

Anwar WA, Khaled HM, Amra HA, El–Nezami H, Loffredo CA. 2008. Changing pattern of hepatocellular carcinoma (HCC) and its risk factors in Egypt: Possibilities for prevention. Mutat Res Jul–Aug 659(1–2), 176–184.

Arnold RG, Carpenter DO, Kirk D, Koh D, Armour MA, Cebrian M, Cifuentes L, Khwaja M, Ling B, Makalinao I, Paz-Y-Miño C, Peralta G, Prasad R, Singh K, Sly P, Tohyama C, Woodward A, Zheng B, Maiden T. 2007. Meeting report: threats to human health and environmental sustainability in the pacific basin. Environmental Health Perspectives Dec 115(12), 1770–1775.

Babisch W. 2006. Transportation noise and cardiovascular risk: updated review and synthesis of epidemiological studies indicate that the evidence has increased. Noise Health Jan–Mar 8(30), 1–29.

Beggs PJ, Bambrick HJ. 2005. Is the global rise of asthma an early impact of anthropogenic climate change? Environ Health Perspects Aug 113(8), 915–919.

Bertazzi PA, Bernucci I, Brambilla G, Consonni D, Peastori AC. 1998. The Seveso studies on early and long-term effects of dioxin exposure: A review. Environ Health Perspect 106, 625–633.

Besco RO. 2004. Human performance breakdowns are rarely accidents: they are usually very poor choices with disastrous results. Journal of Hazardous Materials Nov 11, 115(1–3), 155–161.

Bjørling-Poulsen M, Andersen HR, Grandjean P. 2008. Potential developmental neurotoxicity of pesticides used in Europe. Environ Health Oct 22, 7, 50.

Brammer H, Ravenscroft P. 2009. Arsenic in groundwater: a threat to sustainable agriculture in South and South-east Asia. Environ Int. Apr 35(3), 647–654. Epub 2008 Dec 24.

Broughton E. 2005. The Bhopal disaster and its aftermath: a review. En Health: A global Access Sci Sourse, 4:6 doi: 10.1186/1476-069X-4-6.

Campbell KJ, Crawford DA, Ball K. 2006. Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children International Journal of Obesity (Lond). Aug 30(8), 1272–1280. Epub 2006 Feb 21.
Chen J-S. 2009. A worldwide food safety concern in 2008 – melamine-conraminated infant formula in China caused urinary tract stone in 290 000 children in China. Editorial. Chinese medical Journal 122, 243–244.
Chen YC, Chang SC, Tsai KS, Lin FY. 2008. Certainties and uncertainties facing emerging respiratory infectious diseases: lessons from SARS. J Formos Med Assoc Jun 107(6): 432–442.
Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant AT. 2005. Childhood obesity, prevalence and prevention. Nutrition Journal Sep 2, 4, 24.
Diamond J. 2007. Easter Island revisited. Science 317, 1692–1694.
Diaz JH. 2007. The influence of global warming on natural disasters and their public health outcomes. American journal of disaster medicine Jan–Feb 2(1), 33–42.
Ding N, Wu N, Xu Q, Chen K, Zhang C. 2009. Molecular evolution of novel swine-origin A/H1N1 influenza viruses among and before human. Virus Genes. Aug 20. [Epub ahead of print.]
Donohoe M. 2003. Causes and health consequences of environmental degradation and social injustice. Soc Sci Med/Social Science & Medicine Feb 56(3), 573–587.
Fumanal B, Chauvel B, Bretagnolle F. 2007. Estimation of pollen and seed production of common ragweed in France. Annals of Agricultural and Environmental Medicine Dec 14(2), 233–236.
Grandjean P, Choi A. 2008. The delayed appearance of a mercurial warning. Epidemiology 19: 10–11.
Harada M. 1995. Minamata disease: methylmercury poisoning in Japan caused by environmental pollution. Critical Reviews in Toxicology 25, 1–24.
Heindel JJ, vom Saal FS. 2009. Role of nutrition and environmental endocrine disrupting chemicals during the perinatal period on the aetiology of obesity. Molecular and Cellular Endocrinology 304, 90–96.
Heinonen-Guzejev M, Vuorinen HS, Mussalo-Rauhamaa H, Heikkilä K, Koskenvuo M, Kaprio J. 2007. The association of noise sensitivity with coronary heart and cardiovascular mortality among Finnish adults. Science of the Total Environment 372, 406–312.
Huang CC, Chu NS, Shih TS, Wu TN. 1997. Occupational neurotoxic diseases in Taiwan: a review of the outbreaks and clinical features. Changgeng Yi Xue Za Zhi Jun 20(2), 71–78.
Ingelfinger JR. 2008. Melamine and the global implications of food contamination. The New England Journal of Medicine Dec 25, 359(26), 2745–2478.
Ising H, Kruppa B. 2004. Health effects caused by noise: evidence in the literature from the past 25 years. Noise Health Jan–Mar 6(22), 5–13.
James TN. 1994. The toxic oil syndrome. Clinical Cardiology 17, 463–470.

Johnston N, Rogers M, Cross N, Sochan A. 2005. Global and planetary health: teaching as if the future matters. Nursing Education Perspectives May–Jun 26(3), 152–156.
Jones DC, Miller GW. 2008. The effects of environmental neurotoxicants on the dopaminergic system: A possible role in drug addiction. Biochem Pharmacol Sep 1, 76(5), 569–581.
Lampi P, Vohlonen I, Tuomisto J, HeinonenOP. 2001. Väestön terveydentila ja pohjaveden kloorifenoli. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2001. Kansanterveyslaitos, Ympäristöterveyden osasto, Kuopio.
Lampi P, Tuomisto J, Hakulinen T, Pukkala E. 2008. Follow-up study of cancer incidence after chlorophenol exposure in a community in southern Finland. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Jun 34(3), 230–233.
Lawn SD, Bekker LG, Miller RF. 2005. Immune reconstitution disease associated with mycobacterial infections in HIV-infected individuals receiving antiretrovirals. Lancet Infect Dis Jun 5(6): 361–373.
Lesesne CA, Kennedy C. 2005. Starting earlypromoting the mental health of women and girls throughout the life span. Journal of Women's Health (Larchmont) Nov 14(9), 754–763.
Longstreth J. 1991. Anticipated public health consequences of global climate change.Environ Health Perspectives, Dec 96, 139–144.
Lucero NB. 2008. The developmental impact of the financed environmental projects of the development bank of the Philippines in the promotion of equity and sustainable development. Annals of the New York Academy of Sciences. /Ann N Y Acad Sci/. Oct 1140, 45–49.
Martin PS. 2005. Twilight of the mammoths. University of California Press.
Maynard NG, Conway GA. 2007. A view from above: use of satellite imagery to enhance our understanding of potential impacts of climate change on human health in the Arctic. Alaska Medicine 49(2 Suppl), 38–43.
McQueen DV. 2008. Self-reflections on health promotion in the UK and the USA. Public health 122, 1035–1037.
Merlo D, Knudsen L, Matusiewicz K, Niebroj L, Vähäkangas K. 2007. Ethics in studies on children and environmental health. Journal of Medical Ethics 33, 408–413.
Parry J. 2009. Hundreds of Chinese children are left poisoned as metal smelting plants are ordered to close. BMJ 339, 475.
Pekkanen J. 2004. Kaupunki-ilman pienhiukkasten terveysvaikutukset. Duodecim 120, 1645–1652.
Posada de la Paz M, Philen RM, Borda AI. 2001. Toxic oil syndrome: the perspective after 20 years. Epidemiologic Reviews 23(2), 231–247.
Pronczuk J, Surdu S. 2008. Children's environmental health in the twenty-first century. Ann N Y Acad Sci Oct 1140, 143–154.
Rantanen J, Lehtinen S, Savolainen K. 2004. The opportunities and obstacles to collaboration between the developing and developed countries in the field of occupational healt. Toxicology 198, 63–74.
Reiter P. 2001. Climate change and mosquito-borne disease. Environ Health Perspect Mar 109 Suppl 1, 141–161.

Reiter P. 2008. Climate change and mosquito-borne disease: knowing the horse before hitching the cart. Rev Sci Tech Aug 27(2), 383–398.
Robaire B. 2008. Is it my grandparents fault? Nature Medicine 14, 1186–1187.
Rousmaniere P, Raj N. 2007. Shipbreaking in the developing world: problems and prospects. The International Journal of Occupational and Environmental Health Oct–Dec 13(4), 359–368.
Somm E, Schwitzgebel VM, Vauthay DM, Aubert ML, Huppi PS. 2009. Prenatal nicotine exposure and the programming of metabolic and cardiovascular disorders. Molecular and Cellular Endocrinology 304, 69–77.
Steenland K, Bertazzi P, Baccarelli A, Kogevinas M. 2004. Dioxin revisited: Developments since the 1997 IARC classidication of dioxin as a human carcinogen. Environmental Health Perspectives 112, 1265–1268.
Stuver SO. 1998. Towards global control of liver cancer. Seminars in Cancer Biology 8, 299–306.
Turner PC, Collinson AC, Cheung YB, Gong YY, Hall AJ, Prentice AM, Wild CP. 2007. Aflatoxin exposure in utero causes growth faltering in Gambian infants. International Journal of Epidemiology 36, 1119–1125.
van Larebeke N, Hens L, Schepens P, Covaci A, Baeyens J, Everaert K, Bernheim JL, Vlietinck R, De Poorter G. 2001. The Belgian PCB and dioxin incident of January–June 1999: Exposure data and potential impact on health. Environmental Health Perspectives 109, 265–273.
Vähäkangas K. 2008. Molecular epidemiology and ethics. Biomarkers of disease susceptibility. Molecular Epidemiology of Chronic Diseases. John Wiley & Sons, Ltd, 279–295.
Vähäkangas K, Myllynen P. 2006. Experimental methods to study human transplacental exposure to genotoxic agents. Mutat Res 608, 129–135.
World Health Report 2002 www.who.int/.

1.5 Mielenterveyden edistämisen näkökulmia

Aija Koivu ja Kaisa Haatainen

Mielenterveyden edistämisessä pyritään luomaan aiempaa parempia mahdollisuuksia elämän eri vaiheissa tapahtuvalle psyykkiselle kasvulle ja kehitykselle. Mielenterveyttä ovat yksilön, ryhmän tai yhteisön kokemus, jonka mukaan elämä on ymmärrettävää, hallittavaa ja mielekästä, ja tuosta kokemuksesta kumpuava ”kyky tehdä työtä ja rakastaa”. Mielenterveys kehittyy, häiriintyy ja korjautuu ihmissuhteissa. Ihmissuhteiden laatuun vaikuttavat paitsi yksilöiden biologiset ja psykologiset ominaisuudet myös ulkoiset olot, jotka määräytyvät yhteiskunnallis-taloudellisista rakenteista ja resursseista sekä kulttuurin arvoista, normeista ja käytännöistä. Mielenterveyden edistämisessä vaikutetaan kaikkeen tähän.

Tässä luvussa mielenterveyden edistämistä tarkastellaan historiallisesta, teoreettisesta ja käytännöllisestä näkökulmasta. Lukijalle tarjotaan käytännön esimerkkejä ja esitellään keskeisiä tulevaisuuden haasteita. Tehtävät on laadittu siten, että ne tarjoavat lukijalle perehtymisen ja pohdinnan kautta mahdollisuuden monipuoliseen oppimiseen ja mielenterveyden edistämisen mahdollisuuksien ymmärtämiseen.

Mielenterveyden edistämisen teoriaperusta

Tässä luvussa esitellään kolme tapaa ymmärtää mielenterveys, mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja mielenterveyden edistäminen: 1) perinteinen lääketieteellinen, epidemiologinen ajattelu, 2) sen rinnalle vahvasti noussut niin sanottu positiivisen psykologian voimavara-ajattelu ja 3) kehityspsykologinen näkemys mielen rakentumista edistävistä ja estävistä tekijöistä. Mielenterveyden edistäminen työpaikoilla on yksi EU-maiden Mielenterveyssitoumuksen viidestä päätavoitteesta (EU 2008). Työikäisten terveyden edistäminen onkin esillä alaluvussa 2.5.

Primaaripreventio – mielenterveyden edistäminen epidemiologian lähtökohdista

Epidemiologia tutkii terveyteen liittyvien tilojen ja tapahtumien ja niihin yhteydessä olevien tekijöiden jakaantumista väestössä sekä tämän tiedon soveltamista terveysongelmien hallintaan (Last 2001). Psykiatrisen epidemiologian haasteena on sairauksien monitekijäinen etiologia. On todettu että sairastuminen voi olla yhteydessä sukurasitukseen, raskauden ajan oloihin ja kehitykseen, lapsuuden ja nuoruuden elinympäristöön, kasvuun ja kehitykseen (hyväksikäyttö ja muut traumaattiset tapahtumat), elintapoihin (tupakointi, ravinto, alkoholi), psykososiaalisiin ja sosioekonomisiin tekijöihin (vähävaraisuus, koulutus, sosiaalinen tuki ja kontrolli), fyysiseen ympäristöön jne. Jotta häiriöiden esiintyvyyttä voidaan tutkia, on voitava määritellä luotettavasti, kuka on psyykkisesti terve ja kuka sairas. Psykiatriassa tämä on vaikeaa, koska diagnoosiluokat eivät perustu sairauksien etiologiaan vaan yksilön (tai hänen läheistensä) esiin tuomiin oireisiin. Sairauksien diagnostiset kriteerit ovat ihmisten asettamia ja muuttuvat ajan myötä.

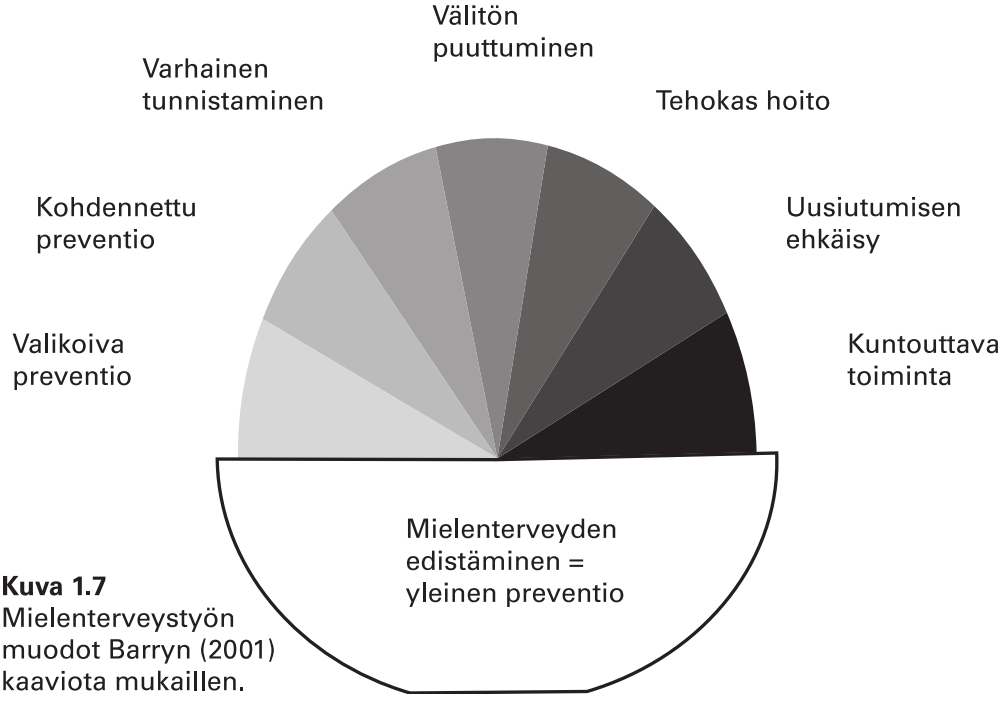
Rajanveto mielenterveyden häiriöiden ja yleisen henkisen hyvinvoinnin välillä on ongelmallista. Esimerkiksi monien työolojen on todettu vaikuttavan työntekijöiden henkiseen hyvinvointiin. Ammattitautilainsäädännön edellyttämää kausaalisuhdetta työstressille altistumisen ja mielenterveyshäiriön välillä ei kuitenkaan voida luotettavasti todentaa. Toisaalta Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa on viime vuosina tuomittu työnantajia oikeudessa korvauksiin henkisten vaurioiden aiheuttamisesta työntekijälle (Wainright & Calnan 2000).

Ehkäisevä mielenterveystyö ja mielenterveyden edistäminen

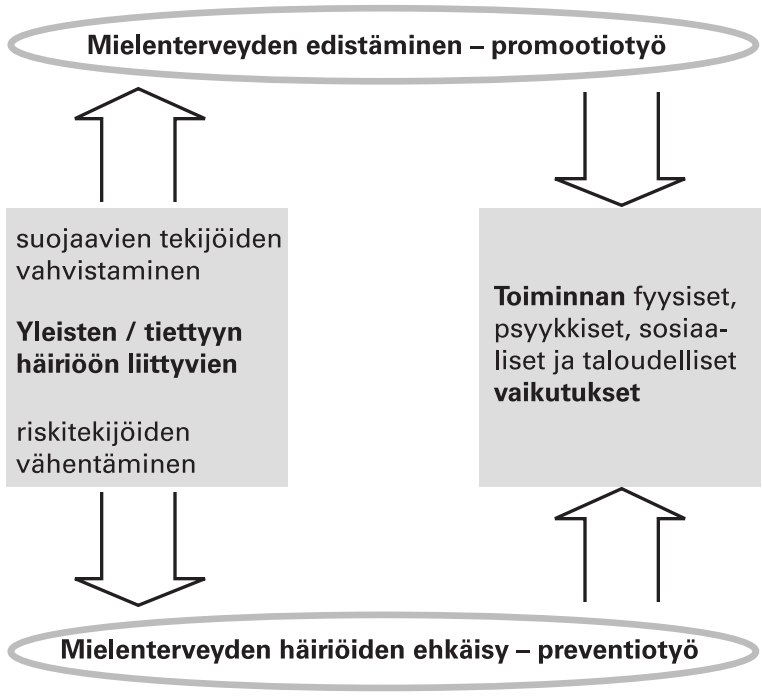
Sairauksien ehkäisytoimet on vanhastaan jaettu primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Tertiaaripreventio käsittää sairauden uusiutumisen ehkäisyn ja kroonisesti sairaiden elämänlaadun parantamisen. Sekundaaripreventio taas tarkoittaa häiriöiden varhaista tunnistamista ja hoitoa. Primaaripreventio kohdistuu koko väestöön tai väestöryhmiin, joiden tiedetään olevan sairastumisvaarassa. Primaaripreventio jaetaan edelleen yleiseen (engl. universal), valikoivaan (engl. selective) ja kohdennettuun (engl. indicated) preventioon. (Hosman 2009.)

Yleinen primaaripreventio kohdistuu terveeseen väestöön, ja sillä tarkoitetaan käytännössä samaa kuin mielenterveyden edistämisellä. Lääketieteellisestä näkökulmasta mielenterveyden edistämistä on pidetty eräänlaisena yleisenä rokotussuojana, joka vahvistaa yksilöiden, perheiden, organisaatioiden ja yhteisöjen kestokykyä tai lieventää oloja, joiden tiedetään vahingoittavan ihmisen henkistä hyvinvointia. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004.)

Valikoivassa primaaripreventiossa kohdehenkilöt valikoituvat riskiryhmään tutkimustiedon perusteella jonkin sairastumisriskiä suurentavan ominaisuutensa tai haitallisiksi osoitettujen elinolojensa perusteella. Kohdennettu primaaripreventio kohdistuu henkilöihin, joiden sairastumisriski on todennettu seulonnoissa tai muiden menetelmien avulla. (Hosman 2009.)



Kuva 1.7
Mielenterveystyön muodot Barryn (2001) kaaviota mukaillen.



Kuva 1.8 Mielenterveyden edistäminen (promootio) ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy (preventio) kohdistuvat eri tekijöihin, mutta voivat tuottaa samoja tuloksia.

Mielenterveyden edistämisen (engl. mental health promotion) ja ehkäisevän mielenterveystyön (engl. prevention of mental disorders) raja on häilyvä, mutta nykyään ne usein erotetaan toisistaan (vrt. Hosman 2009). Ehkäisevän mielenterveystyön eli prevention katsotaan pyrkivän ehkäisemään spesifisiä psykiatrisia häiriöitä, kuten skitsofreniaa tai depressiota, niiden riskitekijöitä vähentämällä, kun taas mielenterveyden edistäminen eli promootio pyrkii vahvistamaan niin sanottua positiivista mielenterveyttä vahvistamalla sitä suojaavia tekijöitä. (THL:n Mielenterveyden edistämisen yksikkö.)

Catalano ja Dooley (1982) erottavat primaaripreventiossa makroympäristöön (sosiaaliset ja organisatoriset olot) ja mikroympäristöön (perhe ja yksilöt) vaikuttamisen proaktiiviseen vaikuttamiseen (stressi- tai riskitekijöiden ilmaantumista edeltävä vaikuttaminen) ja reaktiiviseen vaikuttamiseen (stressi- tai riskitekijöiden ilmaantumisen jälkeinen vaikuttaminen). Mikrotason reaktiiviseen preventioon suhtaudutaan heidän mukaansa yleensä toiveikkaasti, mutta tilaisuudet makrotasoiseen ja proaktiiviseen preventioon jäävät usein käyttämättä. Mielenterveysalan ammattilaiset ovat tottuneet analysoimaan yksi-

löitä, kun taas laajempaan yhteisölliseen tai yhteiskunnalliseen analyysiin heillä on usein liian vähän kokemusta ja menetelmällisiä valmiuksia. (Catalano & Dooley 1982; Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004).

Mielenterveys voimavarana – positiivisen psykologian näkökulma mielenterveyden edistämiseen

Viime vuosina psykologiassa on alettu tarkastella ihmiselämää myönteisestä näkökulmasta, sen sijaan että kiinnitettäisiin huomiota vain ihmisen negatiiviseen tai patologiseen puoleen (esimerkiksi Ojanen 2007, Seligman 2009). Csikszentmihalyin (2005) mukaan hyvinvointia kuvaavaa flow- eli virtaamisen tilaa koetaan enemmän työssä kuin usein passiiviseksi jäävässä vapaa-ajan vietossa. Tutkimuksin on todennettu, että haastava toiminta, joka koettelee fyysisiä ja henkisiä kykyjämme, tuottaa iloa ja tyydytystä.

”Positiivinen mielenterveys”

Sohlman (2004) on koonnut katsauksen mielenterveyden käsitettä ja malleja koskevasta kirjallisuudesta. Mielenterveys-käsitettä käytetään toisinaan vain mielisairauden kaunisteltuna ilmaisuna (yksinapainen malli). Mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriötä voidaan pitää saman jatkumon vastakkaisina päinä (kaksinapainen jatkumomalli) tai toisistaan erillisinä ja erilaisina käsitteinä (kahden jatkumon malli). Jälkimmäisen mallin yhteydessä on alettu tautologisesti puhua ”positiivisesta mielenterveydestä”, jolla tarkoitetaan sellaisia yksilön fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle terveydelle ja hyvinvoinnille tärkeitä persoonallisuuden voimavaratekijöitä kuin esimerkiksi itseluottamusta tai tyytyväisyyttä elämään. (Sohlman 2004.)

Epidemiologisissa tutkimuksissa on keskitytty lähinnä mielen sairauksiin ja niihin yhteydessä oleviin riskitekijöihin. Yhtä tarpeellista olisi tutkia mielenterveyttä positiivisena voimavarana ja selvittää sitä tukevia ja suojaavia tekijöitä. Sohlmanin empiiristen tutkimustulosten mukaan koherenssi eli elämänhallinnan tunne toimii hyvin positiivisen mielenterveyden mittarina ja on yhteydessä koettuun vointiin. (Sohlman 2004.)

Koherenssin tunne on Aaron Antonovskyn (1987) salutogeenisen eli terveyslähtöisen mallin peruskäsite, jota on kuvattu alaluvussa 1.3.

Se koostuu elämän kokemisesta ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä. Vahva koherenssi edistää yksilön terveyttä, joka perustuu tehokkaaseen ja joustavaan stressinkäsittelyyn. Ihminen, jolla on vahva koherenssi, on 1) taipuvainen tulkitsemaan havaitun ongelman itselleen harmittomaksi tai tervetulleeksi haasteeksi, 2) käyttää ongelmasuuntautuneita stressinkäsittelykeinoja välttämis- tai tunnesuuntautuneiden keinojen sijaan ja 3) hyödyntää muiden ihmisten tukea ja neuvoja sekä 4) arvioi ongelmankäsittelynsä tuloksellisuutta ja pyrkii korjaamaan tehottomia tai huonoksi osoittautuvia toimintatapojaan. (Feldt, Mäkikangas & Piitulainen 2005.)

Rakentava mielenterveystyö – kehityspsykologinen näkökulma mielenterveyden edistämiseen

Epidemiologista tautikeskeistä näkökulmaa mielenterveyden edistämisessä on kritisoitu useista syistä. Mielenterveyden häiriöiden sairausluonne on kyseenalaistettu 1960-luvun antipsykiatria-liikkeen ajoista lähtien. Sittemmin yleistynyttä aivosairausajattelua on pidetty haitallisena psykiatrisen prevention oikean suuntaamisen kannalta (Albee & Joffe 2004).

Epidemiologista tutkimusta on kritisoitu myös liiasta empiristisyydestä. Esimerkiksi Leiman (2007) kaipaa mielenterveystyön sisällölliseen kehittämiseen häiriöiden esiintyvyyslukujen lisäksi teoreettista analyysiä mielenterveyden ilmiöistä ja niihin vaikuttamisesta. Hän edustaa kehityspsykologista näkökulmaa ja puhuu primaariprevention sijasta rakentavasta mielenterveystyöstä, joka kohdistuu psyykkisen kehityksen edellytysten luomiseen ihmisen kehittyvissä ympäristösuhteissa elämän eri vaiheissa (Leiman 2007). Jo preventiivisen psykiatrian pioneeri Gerald Caplan hahmotti primaariprevention tällä tavoin (Caplan 1964).

Kehitys tapahtuu kriisien kautta

Eriksonin (1982) mukaan ihminen kohtaa elämänkaarensa aikana kahdeksan kehityskriisiä, joissa hän joutuu ratkaisemaan kuhunkin ikä- ja elämänvaiheeseen normaalisti kuuluvia kehitystehtäviä. Kehitystehtävän ratkaisu tuottaa uuden ja laajemman käsityksen itsestä ja elämästä. Elämänkulkuun kuuluu usein myös traumaattisia kriisejä,

jotka uhkaavat mielenterveyttä. Traumaattisista kriiseistä puhutaan silloin, kun jokin äkillinen ulkoinen koettelemus uhkaa ihmisen fyysistä olemassaoloa, turvallisuutta, sosiaalista identiteettiä tai mahdollisuutta tyydytyksen kokemiseen elämässä.

Kriisitilanne on elämän muutosvaihe, käännekohta, jossa piilee sekä henkisen kasvun mahdollisuus että mielenterveyden menettämisen vaara. Kriisillä tarkoitetaan suhteellisen lyhytaikaista psykologisen tasapainon menettämistä tilanteessa, jota ihminen ei välittömästi voi paeta eikä ratkaista tavanomaisilla keinoillaan. Tasapainon järkkyessä ihminen työstää mielessään uutta tapaa käsitellä tilannetta ja kehittää uusia voimavaroja itse tai läheistensä avulla. Ennen pitkää syntyy uusi psyykkinen tasapainotila, joka voi olla hänen itsensä tai ympäristön kannalta terveempi tai sairaampi kuin aiemmin vallinnut. (Caplan 1964.)

Ihminen häiriintyy psyykkisesti, kun hän menettää kosketuksensa joko sisäiseen todellisuuteensa (omiin tunteisiin, ajatuksiin, kokemushistoriaan) tai ulkoiseen sosiaaliseen tai fyysiseen todellisuuteen (ulkoisten realiteettien tai ruumiin hahmottamisen ja -tuntemusten vääristyminen). Psyykkisiin häiriöihin liittyvät eriasteisesti pelko hallinnan eli itsen menettämisestä (ahdistus), pelko yksin jäämisestä eli tärkeän toisen menettämisestä (masennus), itseen kääntyminen (narsismi) sekä häpeän (arvottomuuden) ja syyllisyyden (rangaistuksen pelon) kokemukset. Akuutti psyykkinen häiriö on sekä mielen varusteiden[1] että ulkoisten stressitekijöiden[2] funktio. (Latomaa 2000.)

Kriisien merkitys mielenterveyden edistämiselle ja häiriöiden ehkäisylle

Psykodynaamisesta näkökulmasta mielenterveyden edistämisessä on otettava huomioon, että ihminen kasvaa ja kehittyy omassa toiminnassaan kokemustensa tulkinnan, psyykkisen työnsä varassa. Ihmistä ei voi muuttaa ulkoapäin, eikä ulkoisten olojen muuttaminen yksin riitä eheyttämään ja tervehdyttämään ihmisen mieltä.

1 = millaiset psyykkiset toiminta-, käsittely- ja itsensuojakeinot yksilöllä on käytettävissään.
2 = mitä yksilön elämässä tapahtuu.

Mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä mielenterveystyö käytännön toimintana

Mielisairaanhoidosta mielenterveyden edistämiseen

Mielisairaista jäsenistä huolehtiminen on ollut perheiden ja yhteisöjen haasteena kautta ihmiskunnan historian. Mielisairaiden kohtelu ja kohtalot ovat vaihdelleet sen tiedon ja ymmärryksen mukaan, mikä näistä oudoista ja pelottavista tiloista on vallinnut kunakin aikana. Mielenterveystyön suuria edistysaskelia oli mielenterveyden häiriöiden käsittäminen hoidettaviksi sairauksiksi. Tämä tapahtui Suomessa 1800-luvun puolivälin jälkeen. Havainto siitä, että aikaisella puuttumisella sairauksien pahenemista voidaan estää tai ainakin hidastaa, johti myös lievinä ilmenevien mielenterveyden häiriöiden hoitamiseen ja avohoidon voimakkaaseen kehittämiseen 1950-luvulta lähtien. Myös uusi tehokas lääkehoito vähensi laitoshoidon tarvetta. Mielisairauksien neurologisten ja psykologisten syiden selvittäminen on tehnyt vaikeimmistakin häiriötiloista ainakin osittain parannettavia ja vähentänyt sairauksiin liittyviä pelkoja ja sairastuneiden leimaamista ja syrjintää.

Haitallisten lapsuudenkokemusten merkityksen ymmärtämisen myötä alettiin 1950-luvulla kiinnittää yksilöiden terapian rinnalla huomiota koko perheen vuorovaikutuksen hoitamiseen. Ensimmäiset epidemiologiset tutkimukset vahvistivat käsitystä elinolojen merkityksestä mielenterveyden häiriöiden kehittymisessä ja korjaamisessa. Kun psykiatrisia häiriöitä alettiin tarkastella väestötason ilmiöinä, alettiin myös ymmärtää yleisen yhteiskunnallisen kehityksen ja poliittisten ratkaisujen vaikutus häiriöiden esiintymiseen väestössä. Tämä käynnisti 1970-luvulla mielenterveyden häiriöitä ehkäisevän toiminnan.

Mielenterveyden ymmärtäminen yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan voimavaraksi on 2000-luvulla johtanut toimiin mielenterveyden edistämiseksi koko väestössä. Ihmiskunnan historian aikana on aina pohdittu, kuinka saavuttaa onnellisuus ja elää hyvä elämä, mutta nykyisessä parantuneiden yhteyksien maailmankylässä omasta ja toisten mielenterveydestä huolehtimisesta on tullut haaste jokaiselle ihmiselle.

Mielenterveyden edistämisen satavuotinen historia

Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn historia ulottuu sadan vuoden taakse. Mielisairaalassa hoidossa ollut Clifford Beers perusti psykiatri Adolf Meyerin tukemana Yhdysvalloissa vuonna 1909 mielenterveysjärjestön, josta vähitellen kehittyi kansainvälinen Mentaalihygienialiike. Mentaalihygienialla tarkoitettiin tuolloin samaa kuin nykyään käsitteellä mielenterveys. Suomeen oli perustettu jo vuonna 1897 maailman ensimmäinen vapaaehtoinen mielenterveysjärjestö ”Turvayhdistys mielenvikaisia varten”, nykyinen Suomen Mielenterveysseura, joka on ottanut perustehtäväkseen mielenterveyden edistämisen.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa mielenterveyden edistämisestä tuli kehittämiskohde 1970-luvulla. Ehkäisevän mielenterveystyön kehittämiseksi alettiin perustaa psykologien virkoja terveyskeskuksiin, koulujen oppilashuoltoon ja päivähoitoon. Jo tuohon aikaan tiedostettiin tosin selkeästi myös moniammatillisen yhteistyön välttämättömyys mielenterveyden edistämisessä.

Ehkäisevän mielenterveystyön käynnistyksenä Suomessa voidaan pitää vuosina 1979–1982 järjestettyä valtakunnallista koulutusta, johon osallistui psykiatrian piirissä toimivia, eri ammatteja edustavia työntekijöitä kaikkialta maasta. Tavoitteena oli luoda kunnallisten mielenterveyspalvelujen sisälle ehkäisevän mielenterveystyön kehittämiseen kykenevä asiantuntijajoukko. Koulutuksessa pyrittiin selkiyttämään ehkäisevän mielenterveystyön käsitteellistä perustaa kehittämällä ja arvioimalla kentällä toteutettuja ehkäisevän työn hankkeita. Koulutuksessa korostettiin rakentavaa mielenterveystyötä, joka kohdistuu ihmisen kehittyviin ympäristöoloihin elämän eri vaiheissa (Leiman 2007).

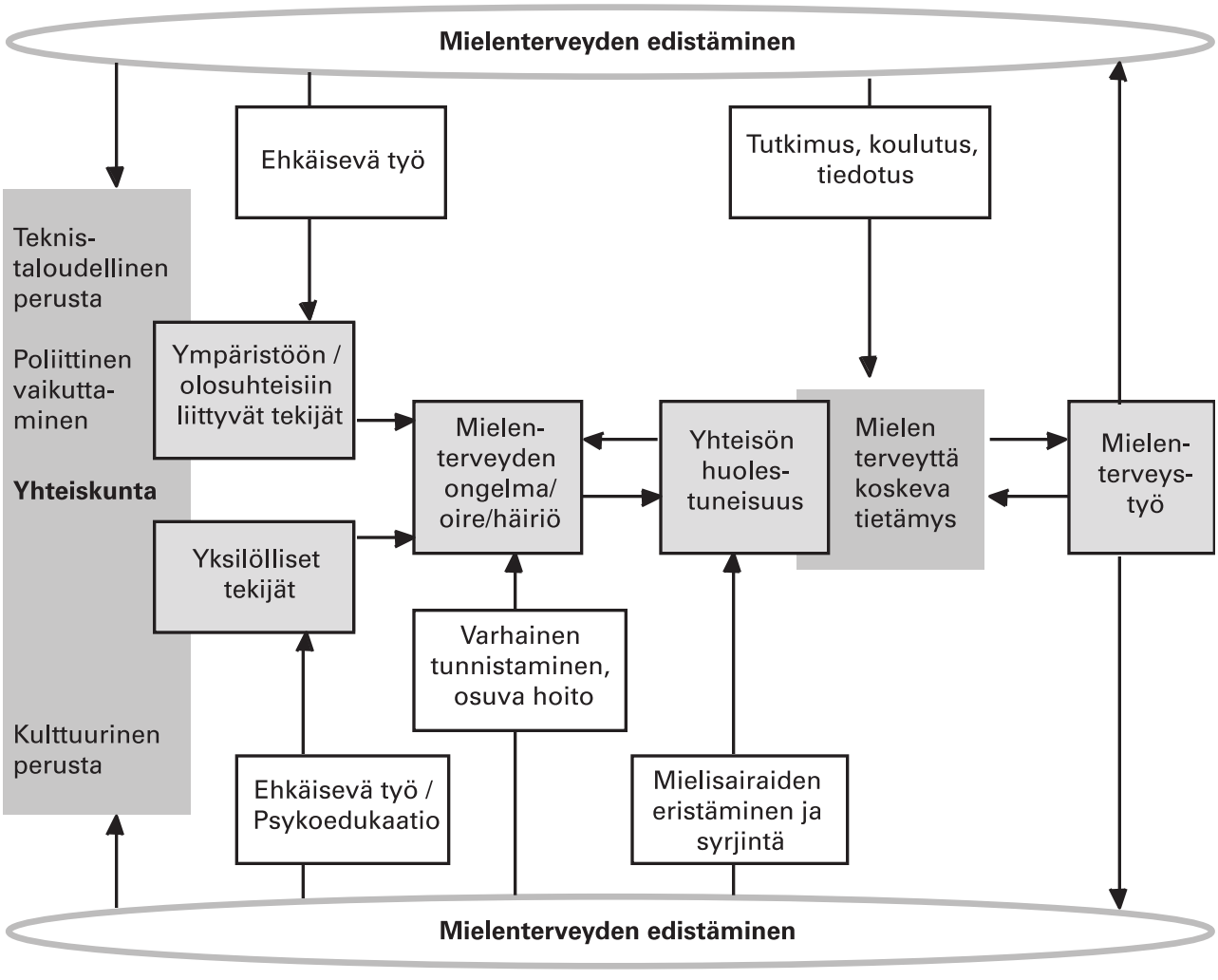
Rakentavan mielenterveystyön näkökulma korvautui kuitenkin 1980-luvulla lääketieteellisiä preventionäkemyksiä edustavilla kansanterveysohjelmilla (Itsemurhien ehkäisyprojekti, Skitsofrenia-projekti). Ehkäisevän mielenterveystyön kohteeksi katsottiin sairaus, toiminnassa oltiin kiinnostuneita sairaudelle altistavien tekijöiden ja sairauden kehityskulun selvittämisestä ja ehkäisevien toimien tavoitteeksi asetettiin insidenssi- ja prevalenssilukujen pieneneminen. (Leiman 2007.)

Mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä mielenterveystyö on 1990-luvun laman jälkeen toteutunut osin tai kokonaan julkisen sektorin ulkopuolella Raha-automaattiyhdistyksen, Euroopan sosiaalirahaston tai muiden tahojen rahoittamissa, usein järjestöjen hallinnoimissa kokeiluissa ja kehittämishankkeissa. Näiden ongelmana on

se, että kehitetyt uudet työmuodot ja toimintamallit samoin kuin kokeiluissa hankittu osaaminen usein menetetään, kun rahoitus päättyy. 2000-luvulle leimallisia ovat olleet niin sanotut superprojektit, kuten Vantaan Sateenvarjo-projekti ja Pohjanmaa-projekti, joissa pyritään monitahoisesti ja -tasoisesti kehittämään ja koordinoimaan mielenterveyden edistämisen hankkeita omalla alueella. (Vrt. Leiman 2007.)

Mielenterveyden edistämisen keskeiset strategiat

Mielenterveyden edistämisessä on kyse elinikäisestä prosessista, joka alkaa syntymästä ja jatkuu varhaislapsuuden, lapsuuden ja nuoruuden kautta aikuisuuteen ja vanhuuteen. Siihen liittyy sellaisten yksilöllisten, sosiaalisten, yhteiskunnallisten ja ympäristöolojen luominen, jot-



Kuva 1.9 Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ja mielenterveystyön eri muodot ja mahdollisuudet.

ka mahdollistavat suotuisan henkisen ja fyysisen kasvun sekä mielenterveysongelmien vähentämisen. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004.) Mielenterveyden edistäminen voi olla mitä tahansa toimintaa, joka aktiivisesti vaalii hyvää mielenterveyttä vahvistamalla sitä edistäviä tekijöitä ja vähentämällä tekijöitä, jotka vahingoittavat tai heikentävät yksilöiden ja yhteisöjen psyykkistä terveyttä (Mental health promotion: A quality framework 1997).

Mielenterveyttä tukevien ympäristöjen kehittäminen ja voimaannuttamisstrategia

Osa mielenterveyttä määrittävistä tekijöistä on sellaisia, joihin yksilö voi itse vaikuttaa omilla valinnoillaan. Useisiin määrittäviin tekijöihin voidaan kuitenkin vaikuttaa ainoastaan yhteisillä yhteiskunnallisilla toimilla. Väestöön kohdistuvassa mielenterveyden edistämistyössä pyritään luomaan mielenterveyttä tukevia elinympäristöjä koteihin, päiväkoteihin, kouluihin, työpaikoille ja asuinalueille. Mielenterveystyötä kohdennetaan toimiin, jotka antavat ihmisille mahdollisuuden vaikuttaa omaan elämäntilanteeseensa ja lähiympäristöönsä, tukevat sosiaalista juurtumista ja aktiivista osallistumista sekä helpottavat arjen vaatimuksista selviytymistä ja terveellisten valintojen tekemistä. (THL:n Mielenterveyden edistämisen yksikkö.)

Mielenterveyden edistäminen edellyttää monialaista yhteistoimintaa

Mielenterveyttä edistetään usein monitahoisissa verkostoissa, joissa on tarpeen yhdistää osaamista ja voimavaroja ja pyrkiä rakentamaan erilaisia näkökulmia ja etuja edustavien yhteistoimintaa ja kumppanuutta. Sektori- ja hallintokuntarajoja ylittävän yhteistyön kehittäminen ja sen johtamisesta sopiminen on mielenterveyden edistämisen keskeisiä haasteita.

Eräs ratkaisu paikallisiin yhteistyöongelmiin on verkostokonsulttitoiminta. Monissa kunnissa on nimetty verkostokoordinaattoreita organisoimaan verkostokonsulttitoimintaa ja muita Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämiä dialogisia ja verkostomaisia toimintoja (mm. läheisneuvonpito, rohkeus-koulutus, puheeksi ottamisen koulutukset; katso myös alaluku 2.7). Kunnan eri organisaatiot voivat tilata Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kouluttamia verkostokonsultteja ohjaamaan yhteistyötä selkeyttäviä asiakaspalavereja tai eri taho-

jen yhteisiä suunnittelupalavereja. Verkostokonsulttien tehtävänä on huolehtia, että jokainen osallistuja saa puhua asiansa omasta näkökulmastaan ja kuunnella muiden ajatuksia tilanteesta. Verkostokonsultti ei neuvo, ei ota kantaa eikä pyri vaikuttamaan käsiteltävään asiaan. Vuoropuhelun lopputuloksena palavereissa yleensä luodaan toimintasuunnitelma, johon eri toimijat voivat sitoutua.

Ehkäisevän ja edistävän mielenterveystyön osaamisen parantaminen

Euroopan maiden huomattavimpien mielenterveystyön asiantuntijoiden arvion mukaan mielenterveystyön osaamisen parantaminen on yksi keskeisimmistä pyrkimyksistä väestön mielenterveyden edistämiseksi (Lavikainen, Fryers & Lehtinen 2008). Suomessa mielenterveyden edistämistyö onkin painottunut eri alojen työntekijöiden kouluttamiseen mielenterveyden ilmiöiden ymmärtämiseen, mielenterveysongelmien tunnistamiseen, niiden puheeksi ottamiseen ja varhaiseen puuttumiseen. Tämä on aiheellista, koska valtaosan väestöön kohdistuvasta mielenterveystyöstä tekevät sellaiset työntekijät, joita ei ole varsinaisesti koulutettu mielenterveystyöhön.

Jo Caplan (1964) kiinnitti huomiota siihen, että monissa ammateissa, kuten lääkärin, sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän, papin tai opettajan ammateissa, tarvitaan tietoa ja taitoja, joiden avulla työntekijä voi varsinaista perustehtäväänsä suorittaessaan samalla edistää asiakkaidensa psyykkistä hyvinvointia ja tukea kriiseistä selviytymistä. Menzies-Lyth (1988) kuvaa esimerkiksi sairaalaa ”katastrofialueeksi”, jossa kohdataan jatkuvasti menetyksiä ja kuolemaa.

Monissa ammateissa tämä puoli työstä ei kuitenkaan ole näkyvää eikä ammatillisesti järjestettyä vaan mielenterveystyö jää työntekijän oman persoonan ja henkilökohtaisten kokemusten varaan. Ammattikulttuurissa saattaa hiljaisena tietona olla epävirallisia normeja mielenterveyden ongelmien kohtaamisesta työssä. Esimerkiksi sairaanhoitajan työn herättämää ahdistusta on sairaalaorganisaatiossa pyritty hallitsemaan luomalla hoitotyöhön selkeä hierarkia ja hoitokulttuuri, jossa vältetään tunteiden ilmaisua (Menzies-Lyth 1988).

”Terve mieli työssä” -hankkeessa alettiin vuonna 2005 etsiä neljän työpaikan ja niitä palvelevien työterveyshuoltojen kanssa heidän käytännöistään hyviä ideoita ja toimintatapoja (Kivistö, Kallio & Turunen 2008a). Yhteisen kehittämishankkeen tuloksena syntyi ”kaksitoista eh-

dotusta liikkeelle lähdön helpottamiseksi henkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämistyössä" (Kivistö, Kallio & Turunen 2008b).

Mielenterveyden edistämisessä työterveyshuollossa tarvitaan
- visio (mielikuva siitä, mihin toiminnalla pyritään)
- tekijät (keiden panosta tarvitaan?)
- mallit terveysvaarojen torjumiseksi ja voimavarojen kehittämiseksi
- (tutkimus)tiedon viemistä käytäntöön
- neuvotteluajat (mistä saadaan aika työhön?)
- toimintaa ja sovitut pelisäännöt (kuka tekee mitä?)
- oikeaa ajoitusta (milloin puututaan ja miten jatketaan?)
- ehkäisevän ja edistävän työn osaamista henkisen hyvinvoinnin kysymyksissä (miten toimet kohdennetaan, mitoitetaan ja toteutetaan eettisesti?)
- henkisen hyvinvoinnin edellytysten arviointia (mikä lisää hyvinvointia?)
- muutoksen vaihemalli henkisen hyvinvoinnin edistämistyöhön (miten tuetaan valmiutta tavoiteltuun muutokseen?)
- muutosvaiheisiin sovitettua asiantuntijatukea (mihin tarvitaan ulkopuolisten apua?)
- huolelliseen tilannearviointiin perustuvaa vaikuttavaa toimintaa (miten taataan jatkuva, kestävä kehittäminen?).

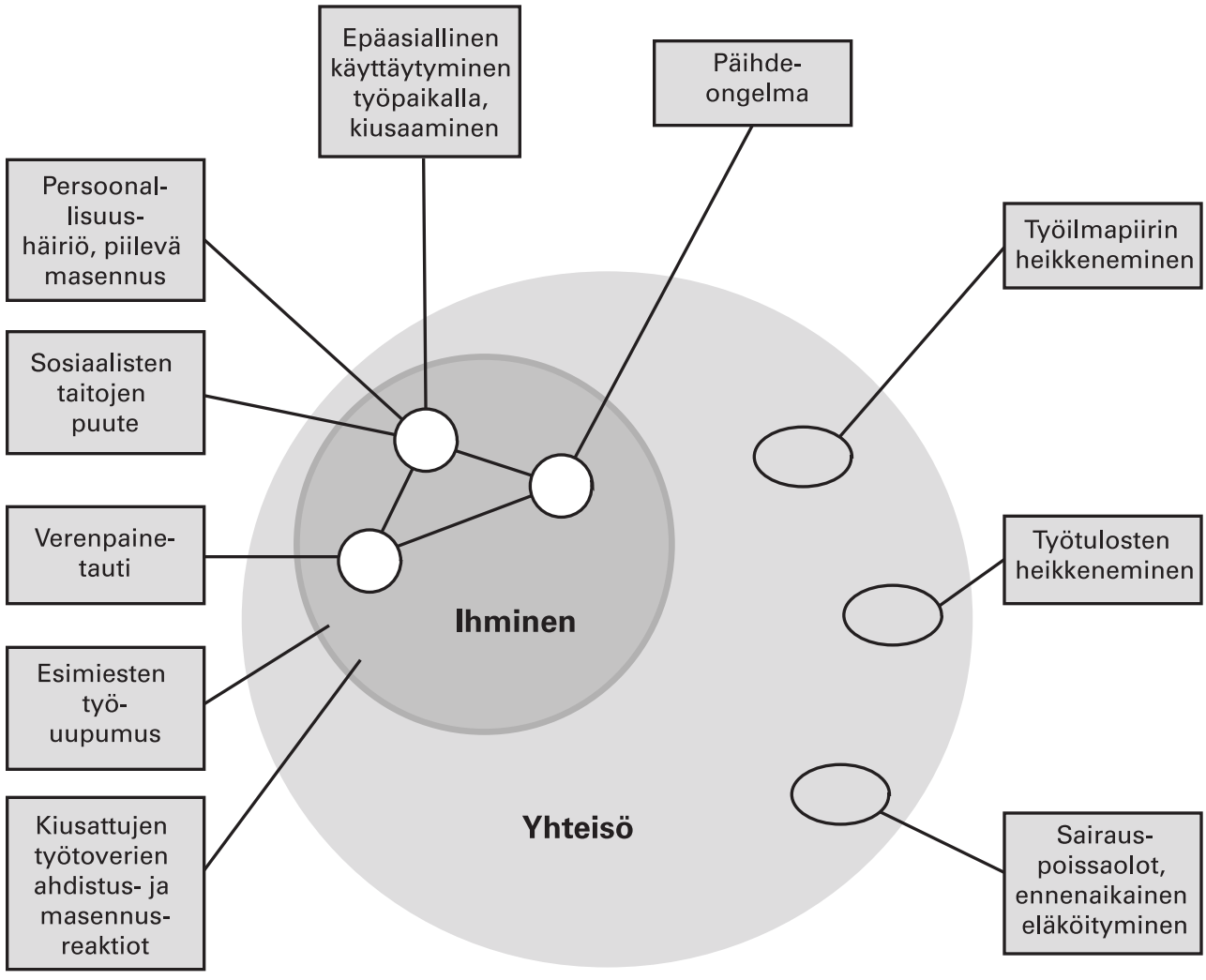
Mielenterveyden edistämisen tasot, toteuttajat ja kohteet

Mielenterveyttä edistäviä toimia on mahdollista toteuttaa yksilö-, ryhmä-, yhteisö- ja yhteiskunnan tasolla erilaisissa ympäristöissä, kuten kodeissa, päiväkodeissa ja kouluissa, työpaikoilla, asuinyhteisöissä sekä harrastus- ja muissa järjestöissä. Toimet voivat myös olla osa yksityistä tai julkista palvelua tai yhteiskunnallista päätöksentekoa. Sama interventio (eli väliintulo) voi tuottaa monia eri tuloksia. Esimerkiksi masennuksen hoito voi edistää perheenjäsenten mielenterveyttä, vähentää päihteiden käyttöä, lisätä turvallisuutta liikenteessä jne. Samaan päämäärään voidaan pyrkiä monen erilaisen intervention kautta.

Mielenterveyden edistämisen yleiseurooppalainen kehys

Mielenterveyden edistäminen on 2000-luvulla huomioitu sekä Maailman terveysjärjestössä (WHO 2004a, WHO 2004b) että Euroopan

unionissa (EU 2005, EU 2008). Suomella on ollut ja on edelleen tärkeä rooli tässä kehityksessä. Mielenterveys tuli EU:n asialistalle Suomen puheenjohtajakaudella vuonna 1997. EU:ssa on parannettu yleistä tietoisuutta mielenterveyskysymyksistä ja luotu yleiseurooppalainen kehys yhteistyölle ja hyvien toimintatapojen vaihdolle EU-maiden viranomaisten ja mielenterveysalan toimijoiden välillä. (Hosman 2009, Mäkinen & Wahlbeck 2009.)



Kuva 1.10 Mielenterveyden häiriöiden, somaattisten sairauksien ja sosiaalisten ongelmien yhteen kietoutuminen työpaikalla Hosmanin (2007) kaaviota mukaillen.

Kesäkuussa 2008 Brysselissä allekirjoitettiin EU:n mielenterveyssitoumus European Pact for Mental Health and Well-being. Siinä mielenterveys tunnustetaan ihmisoikeudeksi ja asetetaan avainasemaan Euroopan tulevaisuuden kannalta. Sitoumuksessa esitetään, että EU-maissa tulee panostaa erityisesti 1) masennuksen ja itsemurhien ehkäisyyn, 2) nuorten psykososiaaliseen kehitysympäristöön ja koulukiusaamisen ehkäisyyn, 3) psyykkiseen hyvinvointiin työpaikoilla ja mielenterveysongelmista kärsivien integroimiseen koulutukseen ja työelämään, 4) ikääntyneiden aktiiviseen osallistumiseen jokapäiväiseen elämään sekä 5) mielenterveyden häiriöihin liittyvän häpeän ja sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyyn. Mielenterveyden edistämisen parhaiden käytäntöjen löytäminen, niiden tehokas levittäminen, toimeenpano ja kansallinen soveltaminen ovat EU:n ja sen jäsenmaiden haasteita. (Mäkinen & Wahlbeck 2009.)

Väestötason vaikutuksia kansallisilla hankkeilla

Mielenterveystyön asiantuntijoiden mukaan esimerkiksi köyhyyden ja työttömyyden vähentäminen, yleisen koulutustason nostaminen ja muut vastaavat toimet luovat yhteiskuntaan paitsi terveyttä myös yhteenkuuluvuutta, yleisen toimintakyvyn ja toimeliaisuuden kasvua ja väestön hyvinvointia. Pohjoismaat ovat Tuuralan mukaan esimerkki siitä, kuinka väestöstrateginen hyvinvointipolitiikka on tuonut yhteiskunnalle myös taloudellista kilpailukykyä. (Tuurala 2009.)

Terveydenedistämistyössä otetaan yhteiskunnan resursseina usein huomioon vain fyysinen pääoma ja osaamispääoma. Mielenterveydenedistämistyössä painoarvoa saa ennen kaikkea sosiaalinen pääoma. Sosiaalinen pääoma koostuu lähiyhteiskunnastamme, sosiaalisesta verkostosta, säännöistä ja keskinäisestä luottamuksesta, jotka mahdollistavat yhteistoiminnan yhteisen hyvän puolesta. Sosiaalinen pääoma on yhteydessä talouskasvuun, rikollisuuden vähenemiseen, sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen ja väestön parempaan mielenterveyteen. (McKenzie & Harpham 2006, ks. myös Oksanen ym 2008.)

Mielenterveyden häiriöt ja sairaudet aiheuttavat yksilöille ja perheille koituvan haitan lisäksi yhteiskunnallisia ongelmia ja kustannuksia. Mielenterveysongelmat ovat yksi yleisimmistä sairauspoissaolojen syistä ja tärkeimpiä syitä varhaiseläkkeelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen.

Mielenterveyden edistäminen paikallisesti

Mielenterveyden paikallinen edistäminen on laajaa toimintaa, jota toteutetaan kaikilla kunnan hallinnonaloilla. Suurin osa kuntalaisten mielenterveyteen vaikuttavista ratkaisuista tehdään terveydenhuollon ulkopuolella: ympäristö-, kaavoitus- ja liikennesuunnittelussa, sosiaalitoimessa, kulttuuritoimessa, opetus- ja koulutoimessa, työvoimapolitiikassa, poliisin toiminnassa jne. Kunnallisella päätöksenteolla pyritään monissa kunnissa ottamaan huomioon tehtyjen päätösten ja toimien mielenterveysvaikutukset. Useimmilta kunnilta puuttuvat kuitenkin toistaiseksi sekä mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat että henkilöresurssit, joilla kunnan asukkaiden mielenterveyttä voitaisiin edistää (Harjajärvi ym. 2006).

Jané-Llopisin ja Andersonin (2005) mukaan mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn kymmenen keskeisintä kohdealuetta ovat

1. vanhemmuuden tukeminen ja varhaislapsuuden turvaaminen
2. mielenterveyden edistäminen kouluissa
3. mielenterveyden edistäminen työpaikoilla
4. ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen
5. riskiryhmiin kohdistuvat toimet
6. depression ja itsemurhien ehkäisy
7. väkivallan ja päihteiden väärinkäytön ehkäisy
8. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saaminen mukaan mielenterveyden edistämistyöhön
9. mielisairauden haittojen ja leimaavuuden vähentäminen
10. palvelualojen rajat ylittävän yhteistyön kehittäminen.

Kullakin kohdealueella voidaan heidän mukaansa asettaa keskeiset tavoitteet. Esimerkiksi vanhemmuuden tukemisen ja varhaislapsuuden turvaamisen alueelle Jané-Llopis ja Anderson ehdottavat tavoitteiksi 1) vanhempien lapsilleen antaman tuen ja vanhemmuuden taitojen lisäämistä, erityisesti kun perheessä on ongelmia, 2) alkoholin ja huumeiden käytön sekä tupakoinnin vähentämistä raskauden aikana ja 3) lasten päivähoitoon ja esikouluun pääsyn helpottamista perheissä, joissa on ongelmia. He ehdottavat myös käytännön toimia keskeisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Esimerkiksi vanhemmuuden tukemiseksi ja varhaislapsuuden turvaamiseksi heidän mukaansa olisi keskeistä

1. määritellä ja tunnistaa riskiryhmiä, joihin voi kuulua sosiaalisesti ja taloudellisesti huono-osaisia perheitä sekä perheitä, joissa vanhemmilla on mielenterveysongelmia
2. kehittää erilaisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden käyttöön tehokkaita työkaluja työn paikallisen toteutuksen helpottamiseksi
3. organisoida kotikäyntejä riskiryhmiin kuuluvien raskaana olevien naisten ja heidän kumppaneidensa luo (terveyskasvatus, vanhemmuuden taitojen ja varhaisen vuorovaikutuksen opettelu)
4. organisoida terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamia seulontoja ja mini-interventioita alkoholin ja huumeiden käytön sekä tupakoinnin vähentämiseksi tai lopettamiseksi
5. kehittää synnytyksenjälkeisen masennuksen varhaista tunnistamista ja hoitoa, jossa myös tuetaan vanhemmuutta
6. järjestää esikoistaan odottaville vanhemmuuden taitojen opetusta, jossa kiinnitetään huomiota lapsen ja vanhempien välisen suhteen rakentamiseen ja lapsen kielelliseen kehitykseen
7. kehittää yhteistyötä perhesuunnittelusta vastaavien viranomaisten kanssa sellaisten interventioiden toteuttamiseksi, joilla voidaan ehkäistä teiniraskauksia esimerkiksi terveyskasvatuksella ja ehkäisyvälineiden saatavuutta parantamalla
8. kehittää yhteistyötä varhaiskasvatuksesta vastaavien kanssa riskiperheiden lasten päivähoitoon ja esikouluun pääsyn helpottamiseksi
9. kehittää yhteistyötä valtion ja kunnan taloudesta vastaavien kanssa lapsiperheiden köyhyyden vähentämiseksi esimerkiksi verohelpotusten tai toimeentuloturvan avulla.

Mielenterveyden edistämisen tulevaisuuden haasteet

Viime vuosina on julkaistu paljon uutta mielenterveyttä ja sen terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia koskevaa tutkimusta. Näyttöön perustuvat mielenterveyden edistämistoimet ovat osoittautuneet tehokkaiksi terveydenhuollon lisäksi myös koulussa, nuorisotyössä, päivähoidossa, kaupunkisuunnittelussa, kiinteistöalalla jne. (Doughty 2005, Hosman 2009). Internetissä on saatavilla katta-

via aineistoja erilaisten hyvien käytäntöjen leviämiseksi maasta toiseen. Euroopan alueella näitä ovat muun muassa IMHPA/DATAPREV, ProMenPol, NRAP: Model Programs ja Casel: Social-Emotional Learning and Schools. (Hosman 2009.)

Hosmanin (2009) mukaan edelleen on kuitenkin myös avoimia kysymyksiä ja ristiriitaisia näkemyksiä. Yksi niistä koskee tieteellisesti pätevän, vakuuttavan tiedon luonnetta: mikä tieto ja mitkä tiedonhankintamenetelmät ovat tieteellisesti päteviä? Suomessa esimerkiksi Leiman (2008) on pyrkinyt osoittamaan lääketutkimuksesta lainattujen kvantitatiivisten mittaustapojen soveltumattomuuden mielenterveyteen kohdistuvien interventioiden vaikuttavuuden selvittämisessä. Hosmanin (2009) mukaan tutkimusnäyttöä mielenterveyden edistämisohjelmien vaikuttavuudesta kuitenkin tarvitaan yleisen mielipiteen ja eri rahoittajien vakuuttamiseksi sekä ”vakuuttuaksemme itse työn hyödyllisyydestä ja kehittyäksemme siinä”. Hänen mukaansa vaikuttaviksi todennettujen interventioiden lukumäärä on edelleen rajallinen, ja tehokkaiksi osoitettuja interventioita on otettu käyttöön vain rajoitetusti. Interventioilla on kaikkiaan tavoitettu vain pieni osa väestöstä, ja niiden vaikutus koko väestössä on siksi vähäinen. Myöskään näyttö interventioiden vaikuttavuudesta ei ole ollut aina paras mahdollinen, ja varsinkin pitkäaikaisvaikutuksista on toistaiseksi vähän näyttöä. Siksi tarvitaan edelleen lisää tietoa mielenterveyden ja sen häiriöiden riski- ja suojatekijöistä, mutta yhtä tärkeää olisi kehittää teorioita ja malleja (ns. ohjelmateorioita, Dahler-Larsen 2005), joiden avulla voidaan suunnitella entistä tehokkaampia toimintatapoja. (Hosman 2009.)

Toinen ristiriitainen kysymys koskee paikallisen kehittämisen suhdetta ylikansallisten näyttöperusteisten toimintaohjelmien käyttöönottoon. Leimanin (2007) mukaan paikalliset ja yksilölliset tekijät ja ylipäätään mielenterveyden ilmiöiden monitahoisuus haittaavat näiden ”valmispakettien” toteutusta, ja monet yhtäaikaiset kehittämishankkeet voivat luoda uudenlaista epäjärjestystä ja tehottomuutta palvelujärjestelmään.

Suomessa on valtiovallan tukemana ja järjestöjen toteuttamana syntynyt suuri määrä erilaisia paikallisia mielenterveyden edistämishankkeita, joista osaan liittyy myös tieteellisesti pätevää arviointia. Hankkeiden vaikutus voi kuitenkin jäädä väliaikaiseksi. Ne ovat harvoin johtaneet merkittäviin toimintatavan muutoksiin kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Esimerkiksi koulutuksessa tai kehittä-

mistyössä omaksuttujen uusien vuorovaikutustaitojen ja työmenetelmien käyttöönotto kohtaa usein vaikeuksia toisenlaiseen työhön ja työotteeseen luotujen työolojen, toimenkuvien ja työn rakenteiden vuoksi (ks. esim. Vuorilehto, Ahlroth & Kuosmanen 2008). Näyttää siltä, että pysyvien muutosten aikaansaaminen vaatii pitkäjänteistä, normaalina virkatyönä toteutettavaa paikallista kehittämistä (STM 2007a). Uudeksi kehittämisen suunnaksi onkin ehdotettu siirtymistä ”projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen” (STM 2007b).

Hosmanin (2009) mukaan 2010-luvulla on

- vahvistettava edelleen prevention epidemiologista tietoperustaa
- integroitava preventio- ja promootiotyötä
- integroitava mielenterveyden edistäminen kansanterveystyöhön, yleiseen terveyden edistämiseen ja sosiaalipolitiikkaan
- kehitettävä asiantuntemusta, toimintapolitiikkaa ja työkaluja yhdessä toteutettujen hankkeiden paikalliseen hallinnointiin
- vahvistettava tietoisuutta preventiotyön sosiaalisista ja taloudellisista vaikutuksista
- edistettävä interventioita, joilla tavoitetaan suuri osa väestöä
- keskityttävä priorisoituihin teemoihin
- kehitettävä alan asiantuntemusta sekä tiedon ja ohjelmien levitystä.

Mielenterveyden edistämisen tulevaisuuden suuntaviivat Suomessa

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (STM 2009) linjataan ensimmäistä kertaa samalla sekä mielenterveys- että päihdetyön keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015. Suunnitelmassa ehdotetaan, että mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi keskitytään kolmeen osa-alueeseen: 1) Alkoholiverotusta korotetaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta. 2) Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään. 3) Tunnistetaan ja ehkäistään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien.

Edistävän ja ehkäisevän työn kehittämiseksi suunnitelmassa ehdotetaan, että kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa ja että ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan nimeämällä vähintään yksi kokopäiväinen pysyvä työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan mukaisel-

le alueelle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on valmistellut aineistoa ehkäisevän mielenterveystyön suunnittelun tueksi (THL 2009). Suomi on ollut 1990- luvulta lähtien mielenterveyden edistämisen tiennäyttäjä ja toiminee tulevaisuudessakin sekä kansainvälisen yhteistyön lujittamiseksi että innovatiivisten kehittämishankkeiden tärkeänä kokeilukenttänä.

➟ Tehtäviä

1. ProMenPol-projektin (2006–2009) tavoitteena on ollut tukea mielenterveyden edistämisen käytäntöjä ja politiikkaa, jotka on jaoteltu kolmeen eri toimintaympäristöön: kouluihin, työpaikkoihin ja ikääntyneiden asumispalveluihin. Tutustu ProMenPolin suomenkielisisiin kotisivuihin osoitteessa http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.fi.
2 Hahmottele omaan toimintaympäristöösi liittyvä mielenterveyden edistämishanke noudattamalla Kivistön, Kallion ja Turusen ”kahtatoista ehdotusta liikkeelle lähdön helpottamiseksi mielenterveyden edistämisessä”.
3. Ota selvää, toteutetaanko kotikunnassasi mielenterveyden edistämiseen tähtääviä hankkeita EU:n mielenterveyssuosituksen ensisijaisiksi asettamilla kohdealueilla. Käy haastattelemassa hanketta toteuttavia työntekijöitä.

Oheiskirjallisuutta

Albee GW, Joffe JM. 2004. Mental illness is NOT an illness like any other. Journal of Primary Prevention 24, 419–436.

Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. 1987. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco.

Barry MM. 2001. Promoting positive mental health: Theoretical frameworks for practice. International Journal of Mental Health Promotion 3(1), 25–34.

Caplan G. 1964. Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, Inc, New York, London.

Catalano R, Dooley D. 1982. Economic Change in Primary Prevention. Teoksessa RH Price, RJ Ketterer, BC Bader, J Monahan (toim.). Prevention in MentalHealth – Research, Policy and Practice. Sage Publications, London, 21–40.

Csikszentmihalyi M. 2005. Flow – elämän virta: tutkimuksia onnesta, siitä kun kaikki sujuu. Helsinki: Rasalas.

Dahler-Larsen P. 2005. Vaikuttavuuden arviointi. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. Hyvät käytännöt. Menetelmäkirja. Helsinki.

Doughty C. 2005. The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults. NZHTA Report 2005, 8(2).
Erikson E. 1982. Lapsuus ja yhteiskunta. Gummerus, Jyväskylä.
EU. 2005. European Commission. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
EU. 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
Feldt T, Mäkikangas A, Kokko K. 2005. Persoonallisuus ja työhyvinvointi, Teoksessa U Kinnunen, T Feldt, S Mauno (toim.). Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-kustannus, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu, 75–94.
Feldt T, Mäkikangas A, Piitulainen S. 2005. Persoonallisuuden riski- ja suojaavat tekijät työhyvinvoinnin näkökulmasta. Teoksessa U Kinnunen, T Feldt, S Mauno (toim.). Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-kustannus, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu, 95–118.
Harjajärvi M, Pirkola S, Wahlbeck K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta 187. Suomen Kuntaliitto ja Stakes, Helsinki.
Hastrup A, Toikka S, Solantaus T. 2005. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustason työssä. Vavu-hankkeen loppuraportti. Stakes Aiheita 8/2005. http://www.stakes.fi/neuvolatyo/julkaisut/vavu.pdftyössä
Hosman C. 2007. Implementing Mental Health Promotion. Invited Comment. Implementation of Mental Health Promotion Seminar, WHO, Collaborating Centre for Mental Health, Promotion, Prevention and Policy 29, March 2007.
Hosman C. 2009. Future Challenges of Prevention of Mental Health Disorders. WHO Collaborating Centre for Mental Health Promotion, Prevention and Policy Seminar on the 20th March 2009. Implementation of Mental Health Promotion and Prevention National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki, Finland.
Jané-Llopis E, Anderson P. 2005. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Radboud University Nijmegen, Nijmegen.
Kivistö S, Kallio E, Turunen G. 2008a. Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:33. Työterveyslaitos, Helsinki.
Kivistö S, Kallio E, Turunen G. 2008b. Henkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen työssä. Kaksitoista ehdotusta liikkeelle lähdön helpottamiseksi henkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämistyössä. Työterveyslaitos, Helsinki.
Koivu A. Tiimityö ja työnohjaus työntekijän tukena. 2006. Teoksessa Laukkanen E,Marttunen M, Miettinen S, Pietikäinen M, eds. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Helsinki, 256–260.

Last JM. 2001. A Dictionary of Epidemiology, 4th edition, Oxford University Press, Oxford.
Lavikainen J, Fryers T & Lehtinen V (toim.). 2008. Improving Mental Health Information in Europe, Proposal of the MINDFUL project. Stakes, EU & MINDFUL. Edita, Helsinki.
Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V (toim.). 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2004:17. Helsinki.
Latomaa T. 2000. Psykologinen ymmärtäminen; Psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Acta Univ. Oul. E 42, Oulu.
Leiman M. 2007. Palvelumarkkinat ja mielenterveys. Teoksessa J Eskola, A Karila (toim.). Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Prima Oy, Helsinki.
Leiman M. 2008. Psykologisten interventioiden vaikuttavuus. Teoksessa M Mäkitalo, J Turunen, I Vilkkumaa (toim.). Vaikuttavuus muutoksessa. Verve, Oulu.
Mental health promotion: A quality framework. 1997. Health Education Authority, London.
McKenzie K, Harpham T. (ed). 2006. Social Capital and Mental Health. Jessica Kingsley Publishers, London.
Menzies Lyth I. 1988. Containing Anxiety in Institutions: Selected Essays. Free Association Books, London.
Mäkikangas A, Feldt T, Kinnunen U. 2005. Positiivisen psykologian näkökulma työhön ja työhyvinvointiin, Teoksessa U Kinnunen, T Feldt, S Mauno (toim.). Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-kustannus, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 56–74.
Mäkinen M, Wahlbeck K. 2009. Mielenterveyssitoumus luotsaa mielenterveyspolitiikkaa EU:ssa. SLL 64:24, 2195–219.
Noblet A, Lamontagne AD. 2006. The role of workplace health promotion in addressing job stress. Health Promotion International 21, 4, 346–353.
Ojanen M. 2007. Positiivinen psykologia. Edita, Helsinki.
Oksanen T, Vahtera J, Kouvonen A, Virtanen M, Linna A, Elovainio M, Pentti J, Kivimäki M. 2008. Sosiaalinen pääoma työelämän muutoksissa: Vaikutukset mielenterveyteen ja depression ilmaantuvuuteen? Työterveyslaitos. Helsinki.
Seligman MEP. 2009. Aito onnellisuus. Art House, Helsinki.
Sohlman B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Tutkimuksia 137. Stakes, Helsinki.
STM. 2007a. Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Sosiaali ja terveysministeriön selvityksiä 2007:12, Helsinki.
STM, 2007b. Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan tulevaisuus: projekteista konseptikehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:49, Helsinki.
STM, 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.

THL, 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineiston suunnittelun tueksi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009. (Verkkoversio osoitteessa www.thl.fi/thl-client/pdfs/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e)
THL/Mielenterveyden edistämisen yksikkö osoitteessa http://groups.stakes.fi/MTR/FI/index.htm
THL/Varpu-hanke osoitteessa http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Varpu/index.htm
THL/Verkostomenetelmät osoitteessa
http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Verkostomenetelmat/index.htm
THL/Toimiva lapsi & perhe -hanke. http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI
Tuurala T. 2009. Väestöstrategia. http://www.kotiposti.net/tuurala/vaestostrategia.htm
Vuorilehto M, Ahlroth A & Kuosmanen L. 2008. ”Enemmän asenne kuin työmenetelmä” – koulutettujen arvioita varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen perustason työssä –koulutuksesta Vantaalla. Vantaan kaupunki.
Wainwright D, Calnan M. 2000. Rethinking the work stress ’epidemic”. Eur J Public Hlth 10(3), 231–3.
WHO. 2004a. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report / a report of the
World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.
WHO. 2004b. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne.

2

Terveyden edistämisen toimintamalleja ja työmenetelmiä

2.1 Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede–Proceed-malli

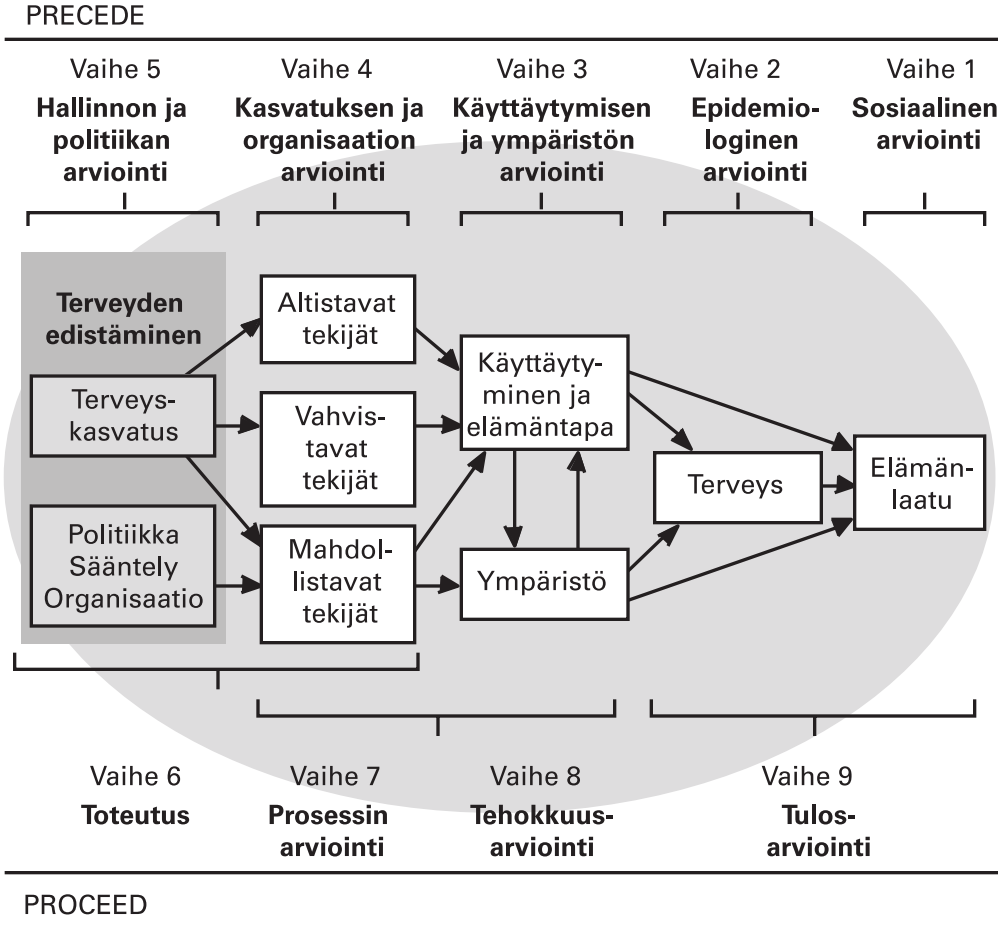
Jorma Räsänen

Precede–Proceed on terveysohjelmien suunnittelu- ja arviointimalli, jota on kehitetty 40 vuoden ajan. Sitä on sovellettu tuhansissa projekteissa yhteisöissä, kouluissa, klinikoissa ja työpaikoilla. Mallin perusoletuksen mukaan terveys ja sen riskit ovat monen osatekijän seurausta. Mallin yhdeksän vaihetta jakaantuvat kahteen osioon. Ensimmäisessä vaiheessa hankitaan tietoa intervention kohteeksi tulevasta terveysongelmasta. Toinen vaihe käsittää intervention käytännön toteutuksen ja kolme erilaista tulosarviointia. Malli soveltuu hyvin terveyden edistämisen interventioiden suunnitteluun ja toteutukseen erilaisissa oloissa.

Mallin taustaa ja kehitys

Mallin ensimmäinen painos ilmestyi vuonna 1980. Tekijöinä olivat Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter, Sigrid G. Deeds ja Kay B. Partridge. Myöhemmät painokset ovat kahden ensimmäisen kirjoittajan, jotka ovat erittäin ansioituneita terveyden edistäjiä sekä tutkimuksen että käytännön alueella. Mallin kehittämiseen oli kolme terveyskasvatuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ilmennyttä syytä:

1. Osa terveyskasvattajista luotti toimintaan, jossa terveyskasvatuksen onnistumiseksi tarvitaan vain tiedon välittämistä terveellisistä elämäntavoista motivoituneille ihmisille.
2. Osa ohjelmien suunnittelijoista perusti toimintansa ennalta määritellyn strategian pohjalle. Luottaessaan omiin menetelmiinsä he tukeutuivat vahvasti teknologiaan, jolloin he oman arvionsa mukaan sovelsivat parasta menetelmää. Käytetty menetelmä ei kuitenkaan ollut välttämättä paras tuloksen näkökulmasta.
3. Osa terveyskasvattajista oletti, että mitä enemmän tietoa ja resursseja on, sitä paremmat ovat lähtökohdat ja tulokset. Hyvään lopputulokseen tarvittiin heidän mukaansa enemmän muun muassa aikaa, julisteita ja henkilöstöä.



Kuva 2.1 Precede–Proceed-malli.

Myös terveyskasvatus ja terveyden edistäminen olivat ennen kyseisen mallin kehittämistä vailla selkeitä rajoja ja menetelmiä. Terveyskasvatuksen filosofiset ja kognitiiviset juuret ja kuvaukset sen käytännöistä olivat hajallaan oppikirjoissa, ja tutkimuksen luoma tietopohja oli pirstaleista. Precede–Proceed-mallin ensimmäinen painos oli käsitteellinen kooste terveyskasvatuksen perusteista. Siitä muodostui kehys, johon tutkimuksen ja käytännön uudet löydöt voitiin liittää. Mallin ensimmäinen versio oli synnyttänyt tarpeen lisätä toteutukseen, arviointiin, politiikkaan ja organisaatioon liittyviä käsitteitä. Toinen painos ilmestyi vuonna 1991. Kasvatuksen ja ympäristön arviointi oli lisätty yhdessä Proceed-osion kanssa, joka keskittyi toteutukseen ja kolmeen erilaiseen tulosarviointiin.

Precede–Proceed-mallin kolmas painos lisäsi ekologisuuden. Tässä painoksessa terveys kuvataan yksilön ja ekosysteemin väliseksi riippuvuudeksi. Ekosysteemiin kuuluvat perhe, yhteisö, kulttuuri, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Terveyttä edistävä ekosysteemi tarjoaa suotuisia taloudellisia ja sosiaalisia oloja. Se tuottaa tietoa ja elämäntapamalleja ihmisille, jotta he voivat päättää terveyttään ylläpitävästä käyttäytymisestä. Terveelliset valinnat ovat myös esillä tuotteissa ja palveluissa. Mallin aikaisemmissa vaiheissa esiintynyt diagnoosi-sana korvattiin arviointi-sanalla (assessment). Muutos johtui halusta päästä ”diagnosoimasta” terveyden edistämisen tarpeita ja näin välttää viittausta lääketieteeseen, jota jotkut vierastivat.

Precede–Proceed-malli on teoreettisesti selkeä, vankka ja kuitenkin joustava. Se sisältää kattavasti suunnittelun lähtökohdat, ja sitä voidaan käyttää vaihtelevissa tilanteissa. Tekijät soveltavat mallia viiteen sektoriin: kouluun, työpaikkaan, yhteisöön, terveydenhuoltoon ja teknologiaan. Mallin sovellusalaa voitaneen käytännössä laajentaa vielä paljonkin. Asiakaslähtöisyytensä ja muunneltavuutensa vuoksi se voisi sopia laajasti palvelualalle.

Mallin rakenne ja käyttö

Malli edustaa kaksivaiheista suunnittelua. Ensimmäinen vaihe on nimeltään *precede* ja toinen *proceed*. Precede on lyhennys sanoista ”predisposing, reinforcing and enabling contructs in educational diagnosis and evaluation”. Proceed taas on lyhennys sanoista policy,

regulatory and organizational contructs in educational and environmental development.

Ensimmäiseksi mallissa otetaan huomioon terveyden edistämisen lopputulos. Siinä ei pyritä kiinnittämään huomiota siihen, mitä pitäisi tehdä, vaan siihen, mitä pitäisi saavuttaa. Mallissa rohkaistaan kysymään ensiksi ”miksi?” ja vasta sen jälkeen ”miten?” Terveyden edistäjän tulisi ensiksi selvittää, mihin hän pyrkii. Sen jälkeen hänen tulisi arvioida, mitä toiminnan täytyy edeltää, ja lopuksi pohtia, kuinka tavoitteet saavutetaan. Haluttuun lopputulokseen vievät tekijät on myös tunnistettava ennen intervention suunnittelua. Ellei näin tehdä, interventio on tehoton, arvailuun perustuva ja väärin suuntautuva. Terveyden edistäjät ovat yleensä vahvasti käytäntöön suuntautuneita. He eivät aina paneudu riittävästi ratkaistavaan terveysongelmaan ennen toiminnan suunnittelun aloittamista vaan olettavat, että odotettu lopputulos toteutuu melkein automaattisesti. Mallin käyttö poikkeaa tavanomaisesta toiminnasta siten, että terveyden edistäjä päättelee prosessin kulun aloittamalla projektin lopputuloksista ja päätymällä terveysongelman syihin. (Taulukko 2.1.)

Taulukko 2.1 Precede–Proceed-mallin rakenne ja edut

Mallin rakenne ja edut
1. Lisääntynyt tehokkuus ja resurssien säästö. Jos interventio toteutetaan ilman selviä tavoitteita, niukkoja resursseja kohdennetaan epätarkasti ja lopputulos kärsii.
2. Kohderyhmän informointi. Kun ohjelman tavoitteet ja hyödyt määritellään selkeästi, osallistujat sitoutuvat helpommin. Osallistujille on hyvä antaa mahdollisuus punnita uuden käyttätymismallin tulevia terveysetuja aiempiin terveystottumuksiin nähden.
3. Tulosten arviointi. Projektin tarjoamat edut tai hyödyt ovat vakuuttavampia, jos ne arvioidaan ennen kuin tiedot projektista kerätään ja analysoidaan.
4. Merkityksen korostuminen. Jos suunnittelijat jo alkuvaiheessa keskittyvät lopputulokseen eli elämän laadun parantamiseen, heillä on laajempi näkökulma kuin pelkkä terveyden edistäminen. He kohtaavat jatkuvasti syitä, joiden vuoksi terveyttä yleensäkin pyritään edistämään, mikä antaa merkitystä ja sisältöä ammatin harjoittamiseen. Terveyden edistämisen vaikutukset ulottuvat tällöin myös sosiaalisuuteen ja elämän laatuun.

Suunnittelukehyksenä malli perustuu eri tiedonalueisiin: sosiaaliseen, käyttäytymistieteelliseen, kasvatustieteelliseen ja terveyden hallinnon alueisiin. Vaiheitten 1, 2 ja 3 onnistunut toteutus riippuu pitkälti epidemiologisten menetelmien ja informaation käytöstä, kun taas vaiheet 3 ja 4 vaativat käyttäytymisteorioiden ja sosiaalisten käsitteiden tuntemusta. Monitahoisen terveysohjelman suunnittelu vaatii myös poliittista, kasvatuksellista ja hallinnollista näkemystä sekä kokemusta. Proceed-vaihe erityisesti vaatii näiden alueiden osaamista. Suunnittelijalta edellytetään yhteisön organisaation tuntemusta, jotta ohjelmalle saataisiin laaja tuki. Terveyden edistämisen tieteellinen perusta koostuu eri tiedonaloista, ja mallin käyttäjä tarvitsee näkemystä niistä.

Mallissa korostuu kaksi perusoletusta: 1) Terveys ja sen riskit ovat monien tekijöiden tulos. 2) Toimintojen, joilla pyritään muuttamaan terveyskäyttäytymistä, ympäristöä ja sosiaalisuutta, tulisi olla monitahoisia. Terveysohjelman monimuotoisuus vaatiikin suunnittelijoilta ja hallinnolta ammatillista osaamista ja yhteistyötä muiden kanssa. Precede-osio auttaa koosteen suuntaamisessa ja keskittämisessä ja luo pohjan toteutukselle ja arvioinnille. Haasteena on nivoa yhteen erilaisia nopeasti kehittyviä tiedonaloja terveyden edistämisen lopullisen tavoitteen, elämänlaadun, parantamiseksi. Jos käyttäjä haluaa hyödyntää mallia hyvin, hänen on tärkeää havainnoida yhteisönsä trendejä terveydessä, terveyskäyttäytymisessä ja elinoloissa. Hän voi sitten todentaa ne objektiivisella tiedolla.

Sosiaalinen arviointi ja osallistava suunnittelu

Terveysongelmien ratkaiseminen vaatii yhteistyötä monien instituutioiden ja yksilöiden kanssa. Ihmisillä, jotka kohtaavat ratkaistavat terveysongelmat päivittäin arjessaan, on usein tietoa ja näkemystä, jota terveyden edistäjältä puuttuu. Ilman yhteisymmärrystä esillä olevista kysymyksistä yhteinen toiminta on epätodennäköistä. Ihmisiä tulisi informoida kuuntelemalla heitä ja arvostamalla heidän näkemyksiään.

Ihanteellisessa tilanteessa terveyden edistäjä aloittaa toimintansa arvioimalla elämänlaatua määrittämällä kohderyhmän yleiset ongelmat, olivatpa kyseessä lapset, nuoret tai aikuiset. Koetut sosiaaliset ongelmat ovat hyviä elämänlaadun mittareita. Tässä vaiheessa terveyden

edistäjä pyrkii näkemään sosiaaliset ja elämänlaadun ongelmat kohderyhmänsä näkökulmasta. Sitten hän yhdistää ne projektin keskeisiksi tavoitteiksi. Terveys vaikuttaa elämänlaatuun, ja elämänlaatu vaikuttaa terveyteen. Vaikka elämänlaatua on vaikea arvioida, on parempi aloittaa ohjelman suunnittelu sosiaalisesta arviosta kuin luottaa intuitioon, yleisiin trendeihin tai oletuksiin. Ratkaistavan terveysongelman tulisi tunnistaa kohderyhmälähtöisesti. Laajaan osallistumiseen perustuva sosiaalinen arvio auttaa ihmisiä ymmärtämään oman elämänsä laatua ja pyrkimystä yhteiseen hyvään. Se koostuu kolmesta kohdasta, joihin yhteisön tai paikallisen ryhmän tulisi kiinnittää huomiota joko itsenäisesti tai ulkopuolisella avulla. Nämä samat kolme askelta sopivat vähän vaihdellen ensimmäisen osan kaikkiin vaiheisiin:

1. yhteisön omaehtoinen tutkiskelu ongelmista, tarpeista, toiveista, resursseista ja esteistä
2. tarpeiden taustalla olevien syiden tai tavoitteiden määräävien tekijöiden kirjaaminen
3. päätös ongelmien tarpeiden tai tavoitteiden tärkeysjärjestyksestä.

Kaikkein tärkein suunnittelun osa, jossa yhteisön tai kohderyhmän tulisi olla aktiivisesti mukana, on sosiaalisen arvioinnin vaihe. Kysymykset muuttuvat teknisemmäksi, kun suunnittelu etenee epidemiologian, käyttäytymisen ja ympäristön sekä kasvatuksen arvionteihin.

Sosiaalisen arvioinnin tärkeys ja tarkoitus

Precede-osio käynnistyy sosiaalisesta arviosta ja osallistavasta suunnittelusta. Tuloksena on prosessi, jossa ihmisten käsityksiä omista tarpeistaan tai elämänlaadustaan on mahdollista tarkastella. Yhteisöosallistuminen, jos kohderyhmä on muu kuin maantieteellinen yhteisö, on perustava käsite sosiaalisessa arvioinnissa. Se on ollut pitkään johtava, joskin liian usein laiminlyöty, periaate terveyden edistämisessä ja yhteisön kehittämisessä. Yhteisöosallistumisen korostus heikentää vastakkainasettelua ja vahvistaa yhteishenkeä.

Keskeinen terveyden edistämisen tavoite ovat pysyvät terveet elämäntavat ja -olot. Terveyskäyttäytymisen ja ympäristön muutosten tulisi olla kestäviä. Ilman kohderyhmän aktiivista osallistumista kehitetyt projektit voidaan määritellä ulkopuolisiksi. Tällaisten projektien päättymisen jälkeen interventio ei ole ainoastaan ohi vaan myös sen hyödyt on suurelta osin menetetty. Projektilla, joka ei koskaan tule

osaksi yhteisöä tai tunne sitä omakseen, ei ole toivoa pysyvän jäljen jättämisestä. Sen saavuttamiseksi tarvitaan myönteinen, selkeä siirtymä yhteisön terveystilanteessa, aitoa yhteisöllisyyttä ja sitoutumista. Siihen mallin vahvasti yhteisöllinen ykkösvaihe antaa hyvät mahdollisuudet.

Sosiaalisen arvioinnin tavoitteet:

1. ottaa yhteisö tai kohderyhmä mukaan aktiivisina osallistujina sosiaaliseen arviointiin
2. määrittää subjektiiviset elämänlaatuun ja elinoloihin liittyvät tekijät kohderyhmässä
3. selventää ja varmentaa nämä tekijät analysoimalla sosiaalista tietoa väestöraporteissa, tilastoissa ja mediassa
4. määrittää kohderyhmän tilanne niiden tärkeimpien ongelmien osalta, joihin liittyy terveystekijä
5. selventää perusteet tärkeimpien ongelmien valintaan
6. selvittää oikeutus tulevalle resurssien käytölle sosiaalisiin ongelmiin tai tavoitteisiin
7. kirjata ja selvittää periaatteet ohjelman kustannushyödyn arvioimisen perusteella

Sosiaalisten ongelmien tunnistamisessa auttavat alan kirjallisuus, yhteisön asiantuntijat, Delfoi-menetelmä ja media. Kun terveyden edistäjä on näin arvioinut yhteisönsä terveystilanteen, hän voi aloittaa interventionsa suunnitteluun.

Epidemiologinen arviointi

Tässä vaiheessa tunnistetaan kohderyhmän tärkeät terveysongelmat. Ensiksi tarkastellaan, mitkä terveysongelmat ovat tärkeitä objektiivisesti mitattuina verrattuna subjektiiviseen arvioon suhteessa elämänlaatuun. Tämän jälkeen tarkastellaan, mitkä käyttäytymis- ja ympäristötekijät vaikuttavat näiden terveysongelmien esiintymiseen.

Monista elämänlaadun ongelmista huolimatta terveyden edistäjä pyrkii terveysongelmien ratkaisuun. Epidemiologinen tieto osoittaa terveysongelmien esiintyvyyden, vallitsevuuden ja jakaantumisen väestössä ja antaa viitteitä niiden vaikutuksesta elämänlaatuun. Tätä

tietoa tarvitaan myös projektin tavoitteiden määrittelyssä. Terveyden edistäjän on suositeltavaa suunnata koko energiansa kohderyhmänsä terveydentilan parantamiseen.

Vaikka malli alkaa sosiaalisesta arviosta, terveyden edistäjä ei aina etene mallin mukaan. Usein hän aloittaa olemassa olevista tiedoista ja terveysongelmasta, kuten diabeteksesta, sydäntaudista tupakoinnista, ylipainosta tai liikkumattomuudesta. Perehtyminen aiheen tieteelliseen ja ammatilliseen kirjallisuuteen on kuitenkin ongelman ammattimaisen ratkaisemisen edellytys. Terveyden edistäjän kannattaa varmistaa, että ongelman perusta on selkeä, ja pohtia huolellisesti arvionsa perusteita. Terveysongelman pitää olla todellinen, ei kuviteltu. Vaikka terveyden edistäjä usein joutuu työskentelemään valmiin terveysongelman parissa, hänen on syytä verrata ongelman ratkaisun hyötyä suhteessa muihin terveyshaittoihin. Pyrkimys on ratkaista suurimman hyödyn tuottavia ongelmia. Oman projektin merkittävyyttä voi arvioida vertaamalla sitä vaikkapa kansallisiin projekteihin.

Terveysongelmien kuvaaminen ja kattavuus

Terveysongelman yksityiskohtainen kuvaaminen on tärkeää, koska sen avulla nähdään yhteydet elämänlaadun, muun terveydentilan ja kyseisen ongelman välillä. Samalla ymmärretään paremmin terveyshaittojen erilaiset piirteet, jotka helpottavat prioriteettien asettelussa ja resurssien keskittämisessä. Vastuun jakaminen projektin eri osapuolten kesken selkeytyy myös.

Tyypillisiä mittareita ovat kuolleisuus, sairastuvuus, syntyvyys ja työkyvyttömyys. Kun terveyden edistäjä hankkii tietoa kyseisen terveysongelman esiintyvyydestä, vallitsevuudesta, jakaantumisesta, voimakkuudesta ja kestosta, hän voi nähdä tilaisuuden muutokseen. Päättelyyn siitä, missä osassa väestöä ongelma on yleisin ja mihin ongelmaan kannattaa pureutua, tarjoutuu myös mahdollisuus. Joskus hän saattaa tehdä oman selvityksen, jolla hän varmistaa intervention terveyshaitan laajuuden kohderyhmässä. Näin menetellään silloin, kun aiempaa luotettavaa tietoa ei ole ja resurssit sen sallivat.

Terveysohjelmien prioriteetit

Oikeiden prioriteettien asettaminen riippuu vallitsevien ongelmien objektiivisesta tiedosta ja niiden ilmenemisestä kohderyhmässä. Kes-

kittymistä vain yhteen ongelmaan monista auttavat seuraavat kysymykset:

1. Millä terveysongelmalla on suurin vaikutus kuolleisuuteen, sairastavuuteen, menetettyyn työaikaan, kuntoutuskustannuksiin, työkyvyttömyyteen, perheongelmiin sekä yhteiskunnalle ja organisaatioille koituviin kustannuksiin?
2. Kohdistuuko joihinkin väestöryhmiin, kuten lapsiin, naisiin tai vähemmistöihin, erityinen riski?
3. Mitkä terveysongelmat ovat kaikkein alttiimpia negatiiviselle muutokselle?
4. Mitä terveysongelmaa muut toimijat eivät kohtaa? Lyödäänkö jotakin tarvetta laimin?
5. Mihin terveysongelmaan puuttumalla voidaan parhaiten parantaa terveydentilaa ja saavuttaa taloudellisia säästöjä ja muita hyötyjä?
6. Onko mikään terveysongelmista katsottu tärkeäksi alueellisesti tai kansallisesti?

Tavoitteiden laatiminen

Kun terveyshaitta on määritelty, on aika asettaa projektille tavoitteet. Tämä vaihe sivuutetaan usein nopeasti tai siihen paneudutaan pinnallisesti. Jos näin käy, projektin arviointi ja käytännön toteutus kärsivät. Tavoitteet ovat elintärkeitä, koska ne ohjaavat toimintaa. Niiden pitäisi vastata kysymyksiin ”Ketkä osallistuvat projektiin?”, ”Miten osallistujat hyötyvät projektista?” ja ”Kuinka paljon ja kuinka kauan he hyötyvät siitä?”. Tavoitteita on neljänlaisia: 1) yleistavoite (muutos kohderyhmän terveysongelmassa), 2) välitavoite (muutos kohderyhmän riskitekijöissä), 3) alatavoite (välitavoitteen saavuttamiseksi tarvittavat tekijät ja niiden yhteys riskitekijään) ja 4) strateginen tavoite (keinot, joilla tavoitteisiin pyritään). (Taulukko 2.2.)

Epidemiologisessa arviossa kuvataan yksityiskohtaisesti terveysongelmat ja niiden suhde sosiaalisiin ongelmiin. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää siihen, ketkä ovat ikänsä, sukupuolensa tai asuinpaikkansa puolesta kaikkein alttiimpia terveyshaitoille. Samalla on hyvä miettiä keinoja hoidoissa, rokotuksissa, ympäristötoimissa ja terveyskäyttäytymisen muutoksissa ilmenevien ongelmien korjaamiseksi. Arvioinnin avulla sadaan selville terveysongelmat, jotka ovat sekä tärkeitä että muutettavissa.

Epidemiologista arviointia:

1. Tee lista kohderyhmäsi elämänlaatuun vaikuttavista terveysongelmista.
2. Aseta jokainen terveysongelma (vähäinen, keskiverto, suuri) inventaarioon seuraavin perustein:
   a) sen suhteellinen merkitys elämänlaatua ajatellen
   b) mahdollisuus sen muuttamiseen.
3. Pohdi syitä terveysongelmien tärkeysjärjestykseen kohdassa 2a suhteessa niiden vallitsevuuteen, esiintyvyyteen, tarttuvuuteen, vakavuuteen, kustannuksiin ja muihin sopiviin mittareihin.
4. Esitä perusteita terveysongelmien tärkeysjärjestykselle kohdassa 2b. Viittaa onnistumiseen muissa projekteissa.
5. Kirjoita ohjelmatavoite jollekin tärkeälle terveysongelmalle.

Taulukko 2.2 Esimerkki interventiosta

Tavoitteet	Sepelvaltimotautipotilaille suunnattu interventio
Yleistavoite	Saadaan kunta A:n alueella asuvien 45–64-vuotiaiden miesten veren kolestrolipitoisuus laskemaan 0,5 mmol/l kahden vuoden kuluessa.
Välitavoite	Vähennetään kunta A:n alueella asuvien 45–64-vuotiaiden miesten tyydyttyneen rasvan käyttöä 5 % kahden vuoden kuluessa.
Alatavoitteet	Tietoa ravintorasvan ja veren kolesterolipitoisuuden välisen yhteyden tärkeydestä lisätään niin, että sepelvaltimotaudin esiintyvyys pienenee 50 % intervention loppuun mennessä. Vähärasvaisten, kotona syötyjen aterioiden määrä lisääntyy 25 % intervention loppuun mennessä. Vähärasvaisten ruoka-aineiden valinnat lisääntyvät 50 % intervention loppuun mennessä. Vähärasvaisesta ruoasta pitävien miesten määrä kasvaa 20 % vuoden kuluessa intervention alkamisesta.
Strategiset tavoitteet	Järjestetään tarvittavat palvelut sydäntaudin seulontaan, kolesterolipitoisuuden mittaamiseen, neuvontaan, informaatioon ja hoitoon ohjaamiseen. Järjestetään tehokkaita interventioita niille, jotka eivät kykene muuttamaan ruokavaliotaan omin avuin. Annetaan työpaikoilla terveyskasvatusta kohderyhmälle. Järjestetään yhteisölle tarkoitettuja sepelvaltimotautiin liittyviä ohjelmia. Pidetään vähärasvaisen ruoan valmistuskursseja kohderyhmän miehille tai heidän kumppaneilleen. Tarjotaan terveydenhuollon henkilöstölle koulutusta sepelvaltimotaudin ehkäisystä.

Käyttäytymisen ja ympäristön arviointi

Tieto, arvot, käsitykset ja motivaatio ovat aina käyttäytymisen taustalla, mutta yhteys niiden ja terveyskäyttäytymisen välillä on vain todennäköinen. Interventiot tehoavat vain siinä määrin kuin ne vaikuttavat terveyteen yhteydessä olevaan käyttäytymiseen. Tässä vaiheessa on tärkeää tutkia käyttäytymisen ja terveyden välisiä syy-yhteyksiä. Käyttäytymiseen liittyvät ”ongelmat” viittaavat käytöksen muotoihin, joiden oletetaan aiheuttavan terveysongelmia, kuten vähäiseen liikuntaan tai liikkumattomuuteen. Terveyshaittojen taustalla vaikuttavat käyttäytymistekijät, kuten tupakointi ja ruokailutottumukset. Esimerkkeinä terveysongelmista, jotka eivät liity käyttäytymiseen, ovat geenit, ikä, sukupuoli, sairaudet, ilmasto, työpaikka, asuinpaikka, psyykkiset ja fyysiset vammat.

Ihmisen terveyskäyttäytymisen arviointi

Kun pyritään terveyskäyttäytymisen muutokseen, on syytä eritellä, mitkä syyt ovat siihen yhteydessä ja mitkä eivät. Rajan vetäminen näiden välille on joskus vaikeaa. Esimerkiksi tupakointi on terveyskäyttäytymiseen negatiivisesti liittyvä tekijä. Verenpaine voi puolestaan olla seuraus sekä tupakoinnista että muusta epäterveellisestä elämästä. Käyttäytymiseen liittyvät tekijät voidaan näin jakaa siten, että muodostuu ennalta ehkäisevien tekijöiden ja terveyttä edistävän tai ylläpitävän käyttäytymisen tekijät.

Terveyskäyttäytymisen arvioinnissa on tärkeää asettaa riskitekijät tärkeysjärjestykseen. Tämä on tärkeä silloin, kun tutkimus osoittaa, että nämä tekijät ovat selvästi yhteydessä terveysongelmaan ja riskikäyttäytyminen on toistuvaa. Vähemmän tärkeä tekijä ei toistu kovin usein, ja sillä on todettu vain epäsuora yhteys.

Kuinka helposti terveyskäyttäytyminen on muutettavissa? Jokin käyttäytymisen muoto saattaa olla ratkaisevan tärkeä, mutta sitä voi olla mahdoton muuttaa terveyden edistämisen keinoin. Esimerkiksi voimakas stressi on havaintojen mukaan yhteydessä sydän- ja verisuonitautien kehittymiseen. Ennen kuin stressiä voidaan vähentää oleellisesti, työpaikalla ja kotona pitäisi tapahtua muutoksia. Mutta onnistuvatko ne terveyden edistämisen resursseilla? Myös aika on tärkeä. Mitä syvemmälle tapa on juurtunut, sitä tärkeämpi on käytettävissä olevan ajan määrä. Vaikeita käyttäytymisen muotoja muutettavaksi ovat

syvälle kulttuuriin juurtuneet ja aiemmissa yrityksissä muuttumattomiksi todetut tavat. Kun terveysongelman käyttäytymisen eri muodot on järjestetty muutettavuuden ja tärkeyden perusteella, voidaan valita jokin käyttäytymismuoto intervention kohteeksi.

Terveyskäyttäytymisen välitavoitteiden laatiminen on keskeistä intervention onnistumisen kannalta. Kun terveyden edistäjä on tunnistanut terveyskäyttäytymiseen mahdolliset riskitekijät, hän voi ilmaista terveysongelman ratkaisuun liittyvät muutokset käyttäytymistavoitteina. Nämä tavoitteet tulisi määritellä tarkasti. Jos tavoitteet ovat epämääräisiä, muutokseen tähtäävistä toimista tulee hajanaisia. Jokaisen terveyskäyttäytymiseen liittyvän tavoitteen pitäisi vastata kysymykseen ”Kenen odotetaan saavuttavan mitäkin, kuinka paljon ja mihin mennessä?”.

Terveyskäyttäytymisen arvioinnissa on keskeisesti mukana myös ympäristön arviointi, joka käsittää kolme aluetta: fyysisen, sosiaalisen ja psykologisen alueen. Fyysinen alue sisältää ulkoisia terveyshaittoja, kuten ilmansaasteet ja melun. Sosiaalinen ja psykologinen alue taas sisältävät sellaisia tekijöitä kuin syrjäytymisen, yksinäisyyden, ylikuormittumisen tai jatkuvan nopean muutoksen. Nämä kaikki voivat altistaa stressille ja väkivallalle.

Kasvatuksen arviointi

Kasvatuksen arvioinnissa selvitetään terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Tarkoituksena on suunnitella, miten tämä muutokseen tähtäävä prosessi käynnistetään. Nämä tekijät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: altistaviin, vahvistaviin ja mahdollistaviin tekijöihin. Jokainen niistä vaikuttaa eri tavoin yksilön terveysvalintoihin. Tieto, asenteet uskomukset, arvot ja käsitykset luovat motivaation yksilön tai ryhmän toiminnalle. Ne muodostavat loogisen perustan käyttäytymiselle ja ovat suurelta osin psykologisia tekijöitä. Yksilö tai ryhmä asettaa nämä tekijät muiden seikkojen edelle toiminnassaan. Ne voivat tukea tai ehkäistä terveyskäyttäytymistä.

Altistavat tekijät

Altistavia tekijöitä ovat tieto, uskomukset, arvot ja asenteet. Tiedon lisäys ei aina johda terveyskäyttäytymisen muutokseen, mutta sillä on

myönteisiä yhteyksiä siihen. Jokin määrä terveystietoa lienee välttämätöntä, jotta yksilö voi elää terveesti, mutta elintavan muutokseen hän todennäköisesti tarvitsee vahvemman sysäyksen kuin terveystiedon lisääminen antaa. On todettu esimerkiksi, että koulun terveystieto-opetuksessa annettu tieto on liian pehmeä muuttuja mittaamaan opetuksen tehokkuutta. Toiset taas olettavat, että opiskelijat turhautuvat tosiasioihin pohjautuvaan terveyskasvatukseen. Voidaan siis todeta, että tieto on välttämätön mutta yksinään riittämätön tekijä terveyskäyttäytymisen muutoksessa.

Yleisesti ottaen tiedon jakamiseen luotetaan aivan liikaa. Vaikka terveydenhuollossa eletään ”valistuksen aikakautta”, tulokset osoittavat, ettei se yksin riitä elintapamuutokseen. Syynä lienee tiedon jakamisen helppous arvoihin, asenteisiin ja uskomuksiin vaikuttamisen rinnalla. Kun vielä tiedetään, että epäterveelliset elintavat juurtuvat syvemmälle kuin terveelliset, on helppo ymmärtää, miksi terveyskasvatuksessa niin usein tyydytään tiedon lisäämiseen. Esimerkiksi Euro-Aspire II -tutkimuksen mukaan vain kolmannes tupakoivista miespuolisista sydäninfarktipotilaista lopetti tupakoinnin. Naisilla tupakointi pysyi ennallaan. Vakava sairauskaan ei siis aina johda elintapamuutoksiin.

Uskomukset, arvot ja asenteet ovat kaikki itsenäisiä muuttujia, mutta erot niiden välillä ovat pieniä. Uskomus on vakaumus siitä, että jokin ilmiö tai kohde on tosi tai todellinen. Terveyteen liittyviä uskomuksia kuvaavat sellaiset ilmaukset kuin ”En usko, että lääkityksestä on apua”, ”Liikunta ei auta ylipainoisia” ja ”Jos dieetti ei auta häntä, ei se auta minuakaan”. Jos uskomukset ovat vahvoja, miten ne vaikuttavat terveyteen? Voidaanko niitä muuttaa, ja jos voidaan, parantavatko ne terveitä elintapoja?

Eräs malli, joka ennustaa ihmisen terveyskäyttäytymistä uskomusten perusteella on terveysuskomusmalli (Becker 1975). Sen mukaan terveyskäyttäytymisen muuttumiseksi henkilön pitää

1. uskoa, että hänen terveytensä on vaarassa
2. uskoa, että uhka hänen terveydelleen on vakava (esim. kipu, taloudelliset menetykset, sairasloma jne.)
3. uskoa, että hyöty terveyskäyttäytymisen muutoksesta on suurempi kuin sen haitat ja että muutos on mahdollinen
4. saada ”vihje toimintaan” tai jotakin, joka sysää hänet käytännön toimiin.

Arvot liittyvät erottamattomasti ihmisen käyttäytymisen valintoihin. Esimerkiksi tupakoija ei ehkä harrasta vuorikiipeilyä, koska hän ei halua vaarantaa terveyttään ja elämäänsä. Jos häneltä kysytään, miksi hän tupakoi ja vaarantaa siten terveytensä, hän saattaa vastata sanomalla, että hän nauttii tupakoinnista, koska se rentouttaa. Voiko hän rehellisesti sanoa, että hän arvostaa terveyttään? ”Arvostan terveyttäni, mutta arvostan myös tupakoinnin minulle tuottamaa nautintoa.” Suurin osa ihmisiä pitää kuitenkin terveyttä tärkeänä, haluaa elää pitkään ja myös mahdollisesti tekee jotakin lyhyellä aikavälillä terveytensä hyväksi. He eivät kuitenkaan välttämättä ole valmiita luopumaan itselleen tärkeistä asioista ja tavoista (esim. tupakointi) eivätkä sietämään sitä epämukavuutta, jota tästä tavasta luopuminen aiheuttaisi.

Asenne kuvaa suhteellisen pysyvää asennoitumista ihmisiin, tilanteisiin ja kohteisiin. Siihen liittyy myös hyvän ja pahan ulottuvuudet eli arvioiva näkökulma. Jos asenteet ovat pysyviä, ne ovat myös vahvoja. Asenteet ovat usein vahvempia kuin faktat, minkä vuoksi niiden muuttaminen on vaikeaa.

Vahvistavat tekijät

Vahvistavat tekijät pitävät yllä toivottua terveyskäyttäytymistä. Vahvistatavien tekijöiden lähteet vaihtelevat. Esimerkiksi työpaikalla tuki terveelliseen elämäntapaan tai sen säilyttämiseen voi tulla työtovereilta, esimiehiltä ja perheeltä. Sairaalassa puolestaan tukea antavat hoitohenkilöstö, toiset potilaat ja omaiset. Saatava tuki voi olla positiivista tai negatiivista. Koulussa esimerkiksi tuki huumeitten käyttöä vastaan voi tulla koulutovereilta, opettajilta ja vanhemmilta. Suurin positiivinen tai negatiivinen vaikutus on todennäköisesti ystävillä, eritoten parhaalla ystävällä. Myös vanhempien asenteilla, uskomuksilla ja tavoilla on suuri vaikutus lapsen terveyskäyttäytymiseen. Erityisesti äidin osuus on merkittävä.

Mahdollistavat tekijät

Tietyn terveyskäyttäytymisen toteuttamiseksi tarvitaan taitoja ja resursseja. Näitä ovat esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstö, terveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus (potilaskuljetus) sekä taloudellisuus. Uudet terveystaidot, joita voidaan opettaa, ovat olennainen osa edellä mainittuja tekijöitä. Väestön terveyskäyttäytyminen voi olla si-

doksissa terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen ja määrään (esimerkiksi leikkausjonot). Organisaation toteutettavat toimintatavat vaikuttavat myös ihmisten valintoihin.

Terveyden edistämisessä hyödynnetään eri menetelmiä käyttäytymistavoitteiden saavuttamiseksi. Tyypillisiä menetelmiä ovat luennot, ryhmätyöskentely, roolileikit, massatiedotus ja yhteistyömuodot. Sopivien menetelmien käyttö on tärkeää, mutta on tunnistettava, että esimerkiksi oppilaistaan välittävä koulun opettaja on tehokkaampi oppimisen edistäjä kuin mikään menetelmä. Opetuksen tai ohjauksen perille meno riippuu suuresti terveyden edistäjän aidosta välittämisestä ja kontaktista elämäntapamuutokseen pyrkivään ihmiseen.

Hallinnon ja politiikan arviointi sekä käytännön toteutus

Hallinnon arviointi tarkoittaa terveyspolitiikan, resurssien ja vallitsevien olojen tarkastelua organisaation näkökulmasta. Siinä tutkitaan tekijöitä, jotka edistävät tai ehkäisevät terveyttä edistävää toimintaa. Politiikka taas tarkoittaa organisaation tai hallinnon toimintaan liittyviä sääntöjä ja ohjeita, ja sääntely on lakien ja ohjeiden soveltamista käytäntöön. Organisaatiota voidaan kuvata koneistoksi, jonka avulla voimavarat suunnataan projektin toteuttamiseksi. Hallinnolliseen arviointiin kuuluu resurssien määrittely (esim. aika, henkilöstö ja budjetti). Politiikan arviointiin taas kuuluu se, miten hyvin projekti sopii olemassa oleviin säädöksiin, sääntelyyn ja käytettävään organisaatioon. Projektissa voidaan hyödyntää olemassa olevaa organisaatiota mutta siinä voidaan myös kehittää uutta omaa tarvetta varten. Tähän kuuluu myös yhteisön poliittiseen päätöksentekoon tutustuminen.

Henkilöstön koulutus ja valvonta ovat tärkeitä, kun varmistetaan, että projekti toteutuu suunnitelmien mukaisesti. On myös syytä varautua siihen, että innostus ja tuki heikkenevät alkuvaiheen jälkeen. Varsinkin projekteissa, jotka pyrkivät muuttamaan syvälle juurtuneita elämäntapoja, tulokset voivat olla vaatimattomia. Tarvitaan pitkäjänteistä ponnistelua, ennen kuin merkittäviä tuloksia syntyy. Hyvä suunnitelma, riittävä budjetti, hyvä organisaation ja yhteisön tuki, henkilös-

tön koulutus ja valvonta sekä prosessiarvion palautteen tarkka seuraaminen tuovat menestystä. Kokemus, kyky kohdata ihmisten tarpeita, joustavuus muuttuvissa oloissa, pitkäaikaiset tavoitteet ja huumori tuovat lisää menestystä.

Prosessi-, tehokkuus- ja tulosarviointi

Prosessiarviointiin kuuluvat toimintojen laadun ja kohderyhmän saavuttamisen arvioinnit. Kiinnostuksen kohteena ovat kaikki suoritukset, käytännön toteutus ja tukijoiden arviot. Ne voivat sisältää poliittisia tai teoreettisia periaatteita, ohjelman tavoitteita tai päämääriä sekä resursseja, kuten rahoituksen, henkilökunnan ja toimitilat. Käytännön toteutuksessa merkittäviä ovat henkilöstön suoritukset, tiedonkeruun menetelmät, organisaation toiminta, median käyttö ja yhteistyökumppaneiden tuki.

Prosessiarvioinnin kysymyksiä:
1. Kuinka projekti saavutti kohderyhmän? Ulottuiko se kaikkiin osallistujiin?
2. Kuinka tyytyväisiä osallistujat ja henkilöstö olivat projektiin?
3. Toteutuivatko kaikki projektin osa-alueet käytännössä?
4. Olivatko projektin materiaalit ja osa-alueet laadukkaita?

Tehokkuusarviointiin kuuluu projektin välittömien vaikutusten arviointi välitavoitteiden saavuttamiseksi. Arvioitavia tekijöitä ovat altistavat, vahvistavat ja mahdollistavat tekijät ja myös tärkeimmät ympäristötekijät. Terveyttä edistävän toiminnan ja terveyskäyttäytymisen tavoitteet, jotka laaditaan Preceden vaiheissa 3 ja 4, muodostavat intervention tehokkuusarvioinnin perustan.

Tulosarviointiin kuuluu projektin pitkäaikaisvaikutusten arviointi, jossa arvioidaan osallistujien terveyden ja elämänlaadun muutoksia. Nämä seikat olivat esillä jo intervention suunnittelun alkuvaiheissa. Tarkasteltavana ovat yleensä kuolleisuus-, sairastuvuus- ja työkyvyttömyystilastot. Myös sosiaaliset mittarit, kuten työttömyys ja asunnottomuus, saattavat olla mukana.

Lopuksi

Terveyden edistämisen tulisi olla tavoitteellista. ”Toimi ensin, mieti vasta sitten” -periaate sopii huonosti terveyden edistäjälle. Precede–proceed-mallin hyödyntäminen mahdollistaa terveyden edistämisen vaikuttavuuden arvioinnin. Tehoton terveyttä edistävä toiminta alkaa usein epämääräisistä tavoitteista, jotka johtavat sekaviin suunnitelmiin ja menetelmiin. Seurauksena on, että terveysvalintoihin kohdistuvasta tuesta tulee pinnallista, jolloin myös sen vaikutus jää vähäiseksi. Terveyden edistämisessä tulokset ovat usein nähtävissä vasta pitkän ajan kuluessa. Nopeisiin tuloksiin pyrkivässä yhteiskunnassa tämä luo haasteita.

Precede–proceed-malli ei avaudu ensi silmäyksellä, vaan se vaatii toistuvaa tarkastelua ja sisäistämistä. Tavallaan mallin vahvuus, kattavuus ja selkeys ovat heikkouksia. Mallin johdonmukaisuus, jämäkkyys ja yleispätevyys nimittäin tulevat esiin vasta huolellisen oppimisen ja pohdinnan jälkeen. Yleisesti ottaen se on vaativa mutta hyvä työkalu terveyden edistämisessä. Mallia on käytetty paljon ja siitä on julkaistu eri puolilla maailmaa lähes tuhat raporttia. Suomessa se ei ole ollut merkittävästi käytössä, lukuun ottamatta tilapäisiä viittauksia. Malli voi osaltaan mahdollistaa terveyden edistämisen lopullisen tavoitteen eli hyvän elämän ja elämänlaadun saavuttamisen.

➟ Tehtäviä

1. Pohdi suunnittelun osuutta terveyden edistämisen vaikuttavuuteen.
2. Miksei terveysinformaatio vaikuta toivotulla tavalla?
3. Miksi sosiaalinen arviointi ja elämänlaadun tarkastelu on harvinaista ennen ohjelmien käynnistämistä?

Oheiskirjallisuutta

Becker MH (toim.). 1974. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Mongraphs 2, 324–473.

Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. 1980. Health Education Planning. A diagnostic approach. Mayfield Publishing Company, California.

Green LW, Kreuter MW. 1991. Health Promotion Planning. An educational and environmental approach. Mayfield Publishing Company, California.

Green LW, Kreuter MW. 1999. Health Promotion Planning. An educational and ecological approach. Mayfield Publishing Company, California.

2.2 Esimerkki Precede–Proceed-mallin soveltamisesta: nuorten terveyden edistäminen kouluyhteisössä

Leena Liimatainen, Katri Ryttyläinen ja Minna Mäkitalo

Precede-Proceed-malli on systemaattinen terveyden edistämisen suunnittelu- ja arviointimalli, jota voidaan hyödyntää laajasti terveyden edistämisen yhteisötasoisten interventioiden ja ohjelmien viitekehyksenä ja työkaluna. Malli ei pyri ennustamaan tai selittämään haluttuun lopputulokseen liittyvien tekijöiden välisiä suhteita vaan tarjoaa rakenteen, jonka avulla sopivimmat terveyden edistämisen interventiostrategiat voidaan tunnistaa ja toteuttaa.

Luvussa kuvataan konkreettinen tapausesimerkki mallin soveltamisesta kouluyhteisön hyvinvoinnin kehittämisessä (Mäkitalo 2006). Lisäksi esitellään muutamia toimiviksi havaittuja yhteistoiminnallisia työmenetelmiä, joita voidaan hyödyntää mallin eri vaiheissa. Precede–Proceed-mallista käytetään jäljempänä lyhennystä PP-malli.

Hyvinvointia kouluyhteisöön – kehittämistyön jäsentäjänä PP-malli

Kouluyhteisön hyvinvoinnin kehittämistyön lähtökohdaksi tarvitaan yhteinen näkemys siitä, mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan intervention kohteena olevassa kouluyhteisössä. Hyvinvointi kouluyhteisössä ei ole staattinen tila vaan enemmänkin prosessi, johon voidaan vaikuttaa terveyden edistämisen keinoin vahvistamalla kouluyhteisön edellytyksiä hallita hyvinvointiinsa liittyviä tekijöitä ja siten ylläpitää ja parantaa hyvinvointiaan (STM 2006). Hyvinvointi kouluyhteisössä muodostuu neljästä laajasta osa-alueesta: koulun oloista eli tiloista ja toiminnasta (having), sosiaalisista suhteista eli koulun ihmissuhteista (loving), itsensä toteuttamisen mahdollisuuksista eli koulutyöstä (being) ja terveydentilasta (health). (Konu 2002, Allardt 1976.)

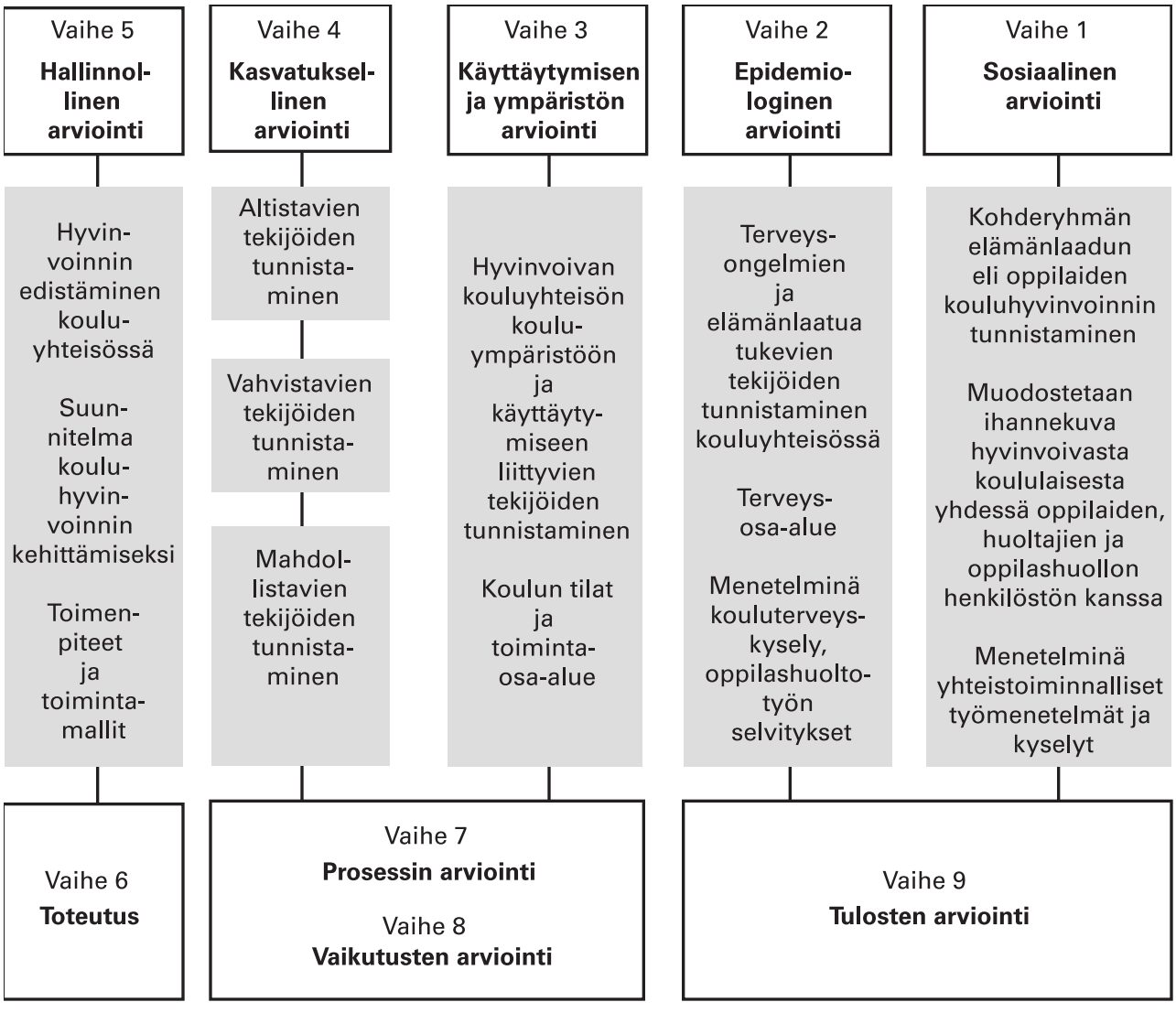
Koulun oloja kuvaava osa-alue sisältää itse koulurakennukseen sekä sen tiloihin ja toimintaan liittyviä tekijöitä, kuten turvallisen ja terveellisen koulutilan ja -ympäristön, kouluruokailun, opetuksen järjestelyt, ryhmäkoot, välitunnit, työrauhan ja koulun säännöt. Sosiaalisia suhteita kuvaava osa-alue liittyy koulun ihmissuhteisiin. Kouluyhteisön hyvinvoinnin perusta ovat toimivat suhteet oppilaiden ja opettajien välillä, oppilaiden keskinäiset suhteet sekä kodin ja koulun yhteistyön saumattomuus. Myös oppimisilmapiiri ja koulun johtamiskulttuuri heijastuvat koulun ihmissuhteisiin.

Koulutyötä kuvaava osa-alue liittyy tekijöihin, jotka mahdollistavat itsensä toteuttamiseen kouluyhteisössä. Näitä tekijöitä ovat koulutyön ja opiskelun merkityksen ymmärtäminen ja arvostaminen sekä mahdollisuus palautteeseen, ohjaukseen, rohkaisuun, vaikuttamiseen ja itsetunnon kehittämiseen. Terveydentilaan liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi oppilaiden psykosomaattiset oireet, koulutapaturmat, taudit, pitkäaikaissairaudet ja flunssat, joita selvitetään muun muassa kouluterveyskyselyssä. Koulun tarjoama kasvatus ja opetus sekä oppilaiden kotiolot ja ympäröivä yhteisö ovat kiinteästi yhteydessä kaikkiin näihin hyvinvoinnin osa-alueisiin kouluyhteisössä. (Konu 2002, 43–44.)

PP-malli sopii hyvin laaja-alaisen hyvinvoinnin ja moniulotteisen terveyskäyttäytymisen kokonaiskuvan hahmottamiseen ja jäsentämiseen kouluyhteisössä. Lisäksi sen systemaattisesti etenevät vaiheet (1–9) tuovat esille terveyden edistämisen prosessimaisuuden. Kuvassa 2.2

esitetään vaiheittain etenevä kokonaiskuva PP-mallin soveltamisesta kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämisessä.

Lisäksi kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämisen perusedellytyksiä ovat kehittämistyössä tarvittavan ajan ja resurssien varaaminen, sitoutunut johto ja henkilöstö sekä koulun kehitysmyönteinen toimintakulttuuri. Jos nämä tekijät ovat kunnossa, PP-malli on erinomainen jatkosuunnittelun jäsentäjä.

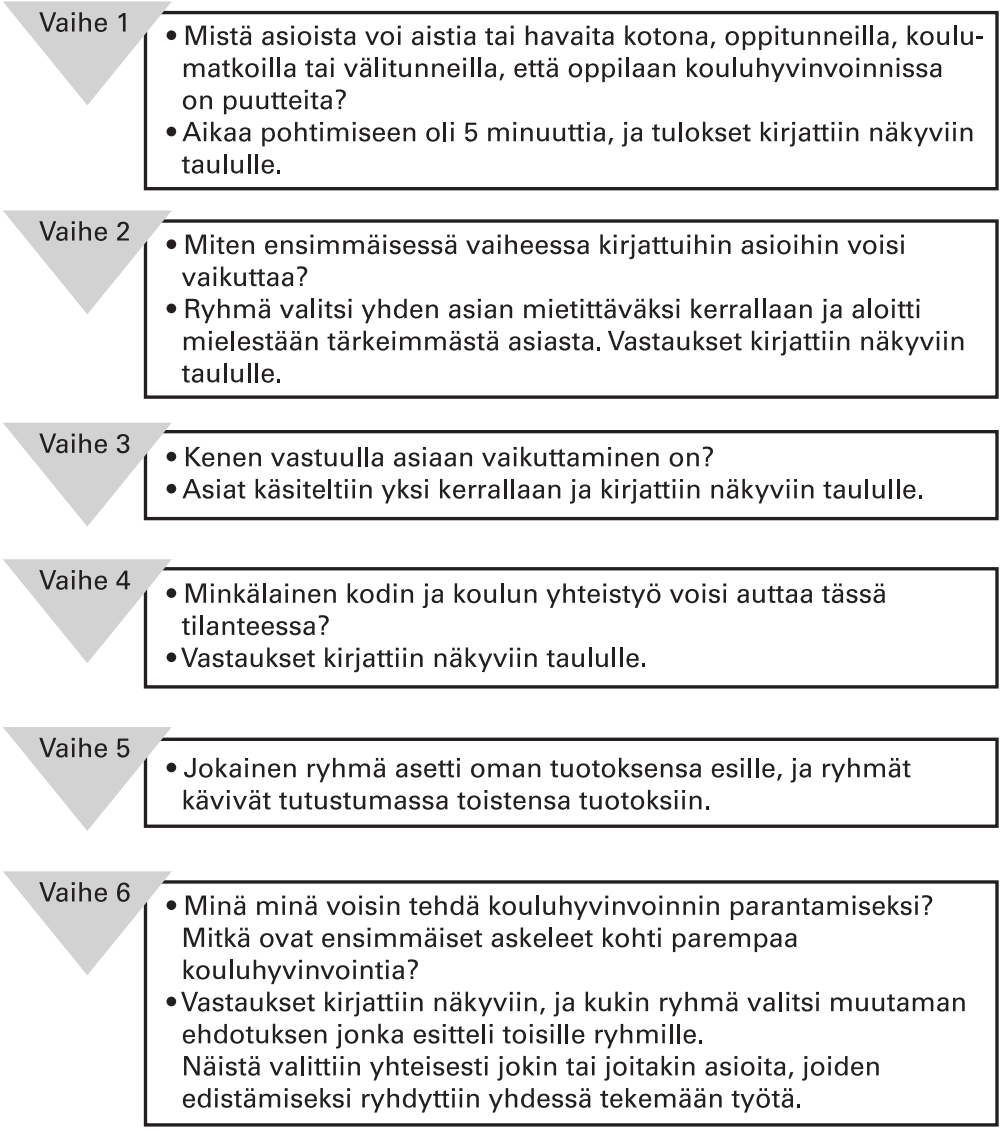


Kuva 2.2 PP-mallin soveltaminen kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämisessä. (Mukailtu teoksista Green & Kreuter 1999; Mäkitalo 2006, 25.)

Vaiheet

Vaihe 1: Sosiaalinen arviointi

Sosiaalinen arviointi aloitetaan kohderyhmän elämänlaadun määrittelemisellä. Tällöin selvitetään ja tunnistetaan terveyden edistämisen kohderyhmänä olevan yhteisön toiveita ja ongelmia. (Green & Kreuter 1999, 34–35.) Esimerkkitapauksessa sosiaaliseen arviointiin kuuluvalla elämänlaadun määrittelyllä tarkoitettiin elämänlaatua tukevien tekijöiden tunnistamista koko kouluyhteisössä. Yhdessä oppilaiden, opettajien, oppilashuoltohenkilöstön sekä koululaisten vanhempien ja



Kuva 2.3 Yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn eteneminen. (Mukaillen Mäkitalo 2006, 38–39.)

huoltajien kanssa selvitettiin ja rakennettiin ihannekuva hyvinvoivasta koululaisesta. Koululaisten näkemystä omasta hyvinvoinnistaan selvitettiin internetkyselyllä. Kyselyssä selvitettiin kouluyhteisön hyvinvointiin liittyviä tekijöitä, kuten koulun tiloja ja toimintaa, ihmissuhteita, koulutyötä ja oppilaiden terveydentilaa. Kyselyn tulosten pohjalta muodostettiin kouluyhteisön hyvinvoinnin eri osa-alueita kuvaava hyvinvointiprofiili. Vanhemmille ja huoltajille omien lasten kautta muodostunutta näkemystä nuorten hyvinvoinnista koulussa selvitettiin erillisellä mielipidekyselyllä. Oppilaille sekä vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen lisäksi ihannekuvaa hyvinvoivasta koululaisesta täydennettiin vanhempien, huoltajien, opettajien ja oppilashuoltohenkilöstön yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn avulla. Useissa opetussuunnitelmailloissa ja erillisissä ryhmätöissä osallistujat pohtivat yhdessä merkkejä, jotka kertovat ongelmista oppilaiden hyvinvoinnissa. Kuvassa 2.3 esitetään yhden yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn kulku, jossa vanhemmat ja huoltajat tunnistivat koulun sekä kodin ja koulun välisen yhteistyön keskeisiä kehittämistarpeita, jotka vaikuttavat heidän lastensa hyvinvointiin.

Yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn avulla pyrittiin luomaan osallistujien kesken yhteistä näkemystä siitä, mitä on hyvinvointi kouluyhteisössä ja millainen on hyvinvoiva koululainen. Yhteinen vuoropuhelu vanhempien ja opettajien välillä mahdollisti osallistujien erilaisten ajatusten ja näkemysten jakamisen, jonka pohjalta vähitellen muodostui ”ihannekuva hyvinvoivasta koululaisesta”. Vanhempien oli näin helpompi lähteä määrittelemään hyvinvoivaa koululaista niiden tekijöiden tunnistamisena, jotka herättävät huolta lapsessa. Ryhmätyöskentelyssä todettiin, että näitä asioita voidaan pitää eräänlaisina huolen herättäjinä. Huoli lapsen hyvinvoinnista voi herätä kotona, toveripiirissä tai koulussa. Vastuu tilanteeseen puuttumisesta on sillä, joka lapsen tai nuoren oireet huomaa. Tämä henkilö voi olla toinen oppilas, vanhempi, opettaja, naapuri, terveydenhoitaja tai kuka tahansa koulun henkilökunnasta. Yhteistoiminnallisessa ryhmätyöskentelyssä esille tulleet nuorten hyvinvoinnissa huolta herättäneet asiat liittyivät koulumatkoihin, oppitunteihin, välitunteihin ja kotiin (ks. kuvaa 2.4). (Mäkitalo 2006).

Huolta herättäviä asioita on vaikea ratkaista yksin, joten kouluhyvinvoinnin edistämiseksi tarvitaan usean eri tahon yhteistyötä. Huolta herättäviin asioihin on puututtava viivyttelemättä, ja joissakin ti-

Koulumatkat	Oppitunnit	Välitunnit	Koti
• Haluttomuus kulkea koulumatkaa yksin, vaikka on aina ennen kulkenut yksin • Haluttomuus lähteä kouluun • Kiusaaminen	• Myöhästeleminen, lintsaaminen • Häiriköinti • Väsymys • Alakuloisuus • Alisuoriutuminen tehtävistä • Oppimisvaikeudet • Vaikeudet pysyä vauhdissa mukana • Kouluruoka ei maistu • Keskittymis-vaikeudet • Koulumenestyksen muutokset • Kiusaaminen • Valehteleminen	• Yksinäisyys • Kiusaaminen • Paljon selvitettäviä asioita välitunnin jälkeen • Riitelyt, nahistelut	• Valehteleminen • Läksyjen ja asioiden unohtaminen • Läksyjen jättäminen tekemättä • Nukahtamis-ongelmat • Fyysiset oireet • Sairastelu • Haluttomuus lähteä kouluun • Toistuva kiukkuisuus ja surullisuus

Kuva 2.4 Nuorten hyvinvoinnissa huolta herättävät asiat. (Mukaillen Mäkitalo 2006, 62.)

lanteissa asioihin puuttumisessa tarvitaan myös moniammatillista tukea. Yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn avulla löydettiin pieniä ratkaisuaskelia huolta herättäviin asioihin, joista monet liittyivät koululaisten turvallisuuteen. Nämä asiat määriteltiin tärkeiksi ja valittiin PP-mallissa työstettäviksi. Konkreettisia, turvallisuudentunnetta lisääviä toimia ovat olleet muun muassa kehittämishankkeen myötä hankitut välituntivalvojien huomioliivit ja koulun yhteisten pelisääntöjen uudistaminen.

Edellä kuvatun yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn lisäksi myös muita useissa eri kehittämishankkeissa toimiviksi todettuja työmenetelmiä on mahdollista hyödyntää sosiaalisen arvioinnin vaiheessa. Lisää tietoa yhteistoiminnallisista työmenetelmistä on koottu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuille www.thl.fi. (Stakes 2006.)

1. Teemaseula on menetelmä, jolla selvitetään osallistujien näkemyksiä käsiteltävästä tai kehitettävästä aiheesta. Teemaseulaan osallistujat kootaan henkilöistä, joilla on keskeinen rooli käsiteltävän aiheen kannalta. Teemaseulassa on tärkeää ”moniäänisyys”, jonka avulla eri osapuolten näkökulmat saadaan esille.

2. GOPP (Goal Oriented Project Planning) -työpaja on osallistava menetelmä. Työpajaan kootaan projektin tai kehitettävän asian kannalta tärkeät osapuolet, joiden kesken pyritään saavuttamaan yhteisymmärrys asiaan liittyvistä tavoitteista, ongelmista, odotuksista ja kehittämistoimista. Työskentely vahvistaa osapuolten sitoutumista. Ulkopuolinen, objektiivinen vetäjä on tärkeä osa onnistunutta GOPP-työpajatyöskentelyä.
3. Fokusryhmä (noin 10 henkilöä) keskittyy yhteen, usein varsin yleisluonteiseen kysymykseen. Ryhmän vetäjä esittelee teeman, josta on yleensä kerrottu osallistujille myös etukäteen. Aiheesta keskustellaan vapaasti ja sen aikana opitaan toisten näkemyksistä ja löydetään uusia näkökulmia käsiteltävään asiaan. Menetelmä on hyödyllinen erityisesti silloin, kun ryhmä koostuu eri alojen asiantuntijoista tai eri sidosryhmien edustajista.
4. Tulevaisuuden muistelu toteutetaan vuoropuheluna, jossa kukin asiaan liittyvä henkilö pohtii vuorollaan ääneen tilaisuuden vetäjän esittämiä kysymyksiä, jotka voivat olla muun muassa seuraavat: ”Vuosi on kulunut ja koulumme on nyt ihannekoulu, jossa on hyvä työskennellä ja kaikilla on hyvä olla. Kuinka hyvin asiat ovat nyt teidän kannaltanne? Mitä te teitte tämän tilanteen aikaansaamiseksi? Mistä ja millaista tukea saitte? Mistä olitte huolissanne vuosi sitten ja mikä sai huolenne vähenemään?” Tulevaisuuden muistelusta ks. lisää luvusta 2.7.

Vaihe 2: Epidemiologinen arviointi

Epidemiologisen arvioinnin tavoitteena oli toisaalta tunnistaa kehittämishankkeen kohderyhmänä olleiden koululaisten terveys- ja hyvinvointiongelmia ja toisaalta voimavaroja, jotka voivat olla yhteydessä edellisessä vaiheessa esille tulleisiin hyvinvointiongelmiin ja -tavoitteisiin. Pääosa arvioinnissa tarvitusta tiedosta saatiin oppilaille tehdyn internetkyselyn terveysosion tuloksista. Kyselyyn osallistuneet oppilaat arvioivat oman terveydentilansa pääosin hyväksi. Kyselyn tulosten mukaan tavallisimpia terveysongelmia olivat univaikeudet ja heräileminen yöllä, nuhakuume, yskä ja kurkkukipu sekä päänsärky, josta oli määrällisesti eniten merkintöjä sekä tytöillä että pojilla.

Tässä kehittämishankkeessa epidemiologinen arviointi perustui lähinnä hankkeen aikana toteutettujen kyselyjen ja tiedonhankinnan

tuloksiin. Epidemiologisessa arvioinnissa kannattaa kuitenkin hyödyntää laajasti kaikkia saatavilla olevia selvityksiä ja tilastoja kohderyhmän terveydestä ja hyvinvoinnista. Valtakunnallisessa kouluterveyskyselyssä tuotetaan alue- ja koulukohtaisia tietoja muun muassa koulukiusaamisesta, päihteiden ja huumeiden käytöstä sekä tupakoinnista. Vastaukset on kerätty yläkouluikäisiltä oppilailta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämässä Sotkanet-verkkopalvelussa on valtakunnallisia, seutukunnallisia ja kuntakohtaisia tilastoja rekisteritietoja, joita voi hyödyntää epidemiologisessa arvioinnissa (www.sotkanet.fi). Apuna voi käyttää myös alueellisia ja kuntakohtaisia hyvinvointikertomuksia, -tilinpitoja ja hyvinvointipoliittisia ohjelmia.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA) on mahdollista soveltaa epidemiologisessa arvioinnissa. IVA on prosessi, jossa tunnistetaan ja arvioidaan ennalta suunnitellun toiminnan vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. IVA yhdistää terveysvaikutusten arvioinnin (TVA), sosiaalisten vaikutusten arvioinnin (SVA) ja eri väestöryhmittäiset ja sektorikohtaiset ennakkoarvioinnit. Terveysvaikutusten arviointi mahdollistaa tulevaisuusnäkökulman huomioon ottamisen PP-mallissa ja tuo esille terveyden kokemuksellisuutta tiedon hankinnassa. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnissa tarkastellaan vaihtoehtoisia ratkaisumalleja. Vaihtoehtojen käsittely selkiyttää tavoitteita, mahdollistaa ristiriitojen käsittelyn ja konkretisoi sitä, kuinka tavoitteet voidaan saavuttaa. Se on monialainen prosessi, johon osallistuvat eri alojen asiantuntijat, työntekijät, päättäjät ja ne ihmiset tai ihmisryhmät, joihin toiminnalla on vaikutuksia. (Liimatainen & Ryttyläinen 2006, Stakes 2008.)

Vaihe 3: Käyttäytymis- ja ympäristöarviointi

Käyttäytymis- ja ympäristöarvioinnin vaiheessa koottiin yhteen ne koululaisten käyttäytymiseen ja kouluympäristöön liittyvät tekijät, jotka olivat yhteydessä edellisessä vaiheessa määriteltyihin keskeisimpiin terveys- ja hyvinvointiongelmiin. Tämä tehtiin tunnistamalla ne kouluympäristöön ja kouluyhteisön jäsenten käyttäytymiseen liittyvät tekijät, joihin vaikuttamisen arvioitiin parantavan nuorten hyvinvointia kouluyhteisössä.

Tiedonkeruussa hyödynnettiin sosiaalisen arvioinnin vaiheessa toteutetun kyselyn tuloksia, jotka liittyivät erityisesti koulun tiloihin ja toimintaan, koulun ihmissuhteisiin ja koulutyön osa-alueisiin. Myös

mielipidetiedustelu vanhemmille ja huoltajille toi tärkeää tietoa lasten hyvinvoinnista huoltajien näkökulmasta. Kyselyissä käytetyt avoimet kysymykset antoivat runsaasti laadullista tietoa niistä kouluympäristöön tai käyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä, joihin vaikuttamalla on mahdollista lisätä kouluhyvinvointia. Koulun tiloja ja toimintaa selvittävä osa-alue oli kyselyn laajin, koska se käsitteli hyvin konkreettisesti jokapäiväiseen koulunkäyntiin liittyviä asioita. Tulosten mukaan koulurakennus ja piha-alue koettiin turvallisiksi ja viihtyisiksi. Piha-alue mahdollisti esimerkiksi pelaamisen ja leikkimisen. Koulun WC-tilat saivat kriittisimpiä arvioita. Yleensäkin vanhemmat oppilaat olivat kaikissa arvioinneissaan kriittisempiä kuin nuoremmat. (Mäkitalo 2006.)

PP-mallin tähän vaiheeseen mennessä koottuja erilaisia tietoja ja asioita täytyy seuraavaksi koota yhteen ja luokitella systemaattisemmin niiden tärkeyden ja muutettavuuden näkökulmista. Pitääkin pohtia, mitkä kouluympäristöön ja terveyskäyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä ovat tärkeitä ja kuinka helppoa niitä on muuttaa. Konkreettisena päätöksenteon apuvälineenä voidaan käyttää nelikenttäanalyysia, jossa tekijät ryhmitellään kuvan 2.5 mukaisesti.

Vaihe 4: Kasvatuksellinen arviointi

Kasvatuksellisen arvioinnin vaiheessa selvitettiin ja koottiin kouluhyvinvointiin yhteydessä olevia altistavia, vahvistavia ja mahdollistavia tekijöitä, jotka liittyivät edellisessä vaiheessa tunnistettuihin ja priorisoituihin käyttäytymis- tai ympäristötekijöihin. Altistavilla tekijöillä tarkoitetaan kouluyhteisön hyvinvointiin liittyviä tietoja, asenteita, käsityksiä, arvoja, itseluottamusta ja kokemuksia. Vahvistavia tekijöi-

	Erittäin tärkeä	**Vähemmän tärkeä**
Helposti muutettavissa	Ensisijainen muutoskohde	Helposti muutettavissa, mutta ei merkittäviä muutosvaikutuksia
Vaikeasti muutettavissa	Merkittävä muutoskohde, mutta edellyttää erillistä arviointia ja resursointia	Merkityksetön muutoskohde

Kuva 2.5 Nelikenttäanalyysi muutoskohteiden valintaan ja arviointiin. (Mukailtu teoksesta Green & Kreuter 1999.)

tä ovat palaute, palkkiot, rangaistukset, sosiaalinen tuki ja paine, joka voi vahvistaa tai lamauttaa toivotun käyttäytymisen jatkumista. Mahdollistavia tekijöitä ovat taidot, voimavarat tai esteet, jotka joko edistävät tai vaikeuttavat toivottuja käyttäytymis- ja ympäristömuutoksia, kuten resurssit, koulun ja kunnan toiminnalliset painopisteet, tavoitteet, strategiat, lait ja muu informaatio-ohjaus. (Green & Kreuter 1999, 40–41.) Kuvassa 2.6 kuvataan esimerkkikoulussa tunnistettuja kouluhyvinvoinnin altistavia, vahvistavia ja mahdollistavia tekijöitä.

Vaiheet 5 ja 6: Hallinnollinen ja toimeenpanon arviointi ja toteutus

Hallinnollisen ja toimeenpanon arvioinnin vaiheessa laaditaan konkreettinen suunnitelma kouluyhteisön hyvinvoinnin kehittämiseksi edellisissä vaiheissa tuotetun tiedon pohjalta. Samalla arvioidaan suunnitelman toteuttamisessa tarvittavat voimavarat ja resurssit. Esimerkkikoulussamme suunnitelmaan kirjattiin hyvinvoinnin kehittämisen konkreettiset tavoitteet, toimenpiteet ja aikataulu.

Altistavat tekijät	• Opettajien, oppilashuoltohenkilöstön ja vanhempien tai huoltajien asenteet yhteistyötä kohtaan • Yhteistoiminta koulun, kodin ja ympäröivän yhteisön kanssa • Toimijoiden yhteinen visio ja jaettu näkemys siitä, että kouluhyvinvointiin voidaan vaikuttaa yhteistoiminnalla • Kouluhyvinvoinnin arvostaminen oppimista edistävänä tekijänä
Vahvistavat tekijät	• Koulun moniammatillinen oppilashuoltotyö (esim. psykososiaalisen työn toimintamalli) • Opettajien ajallinen resursointi kodin ja koulun yhteistoimintaan • Opettajien täydennyskoulutus (esim. vuorovaikutustaidot)
Mahdollistavat tekijät	• Koulussa käytössä olevat yhteistyön muodot (esim. arviointi- ja kehityskeskustelut jokaisella luokka-asteella vähintään kerran lukuvuodessa) • Uudet opetussuunnitelmat kouluhyvinvoinnin sekä kodin ja koulun yhteistyön sisältöalueineen • Alueellinen yhteistyö (esim. matalan kynnyksen puuttumisen mallin ja nivelvaiheiden yhteistyön kehittäminen lapsen tai nuoren opinpolun muutosvaiheisiin)

Kuva 2.6 Kouluhyvinvoinnin altistavia, vahvistavia ja mahdollistavia tekijöitä. (Mukailtu teoksesta Green & Kreuter 1999 sekä Mäkitalo 2006.)

Suunnitelman toteutus organisoitiin kehittämisprojektiksi, jota veti kehittämistyöhön sitoutunut luokanopettaja. Toteutusvaiheessa oli mukana useita eri tahoja ja toimintatasoja oppilaista oppilashuollon henkilöstöön ja vanhempiin. Olennaista koko toteutuksessa oli useiden eri ryhmien yhteistoimintaan perustunut erilaisten toimijoiden sitouttaminen ja hyödyntäminen kouluhyvinvoinnin laaja-alaisessa kehittämisessä. Suunnitelman toteuttamisessa tärkeimpiä työryhmiä olivat koulun johtoryhmä ja opetussuunnitelmatyöryhmä. (Mäkitalo 2006.)

Vaiheet 7–9: Arviointi

Vaiheet 7–9 liittyvät suunnitellun kehittämistoiminnan arviointiin. Esimerkkinä kuvatun kehittämishankkeen arviointi painottui vaiheen seitsemän prosessiarviointiin ja kehittämishankkeessa aikaan saatujen tulosten arviointiin ja niiden hyödyntämiseen. Hankkeen vaikutusten tulevaa arviointia varten koulussa suunniteltiin vanhempien ja huoltajien mielipidekyselyiden ja oppilaiden internetkyselyjen uusimista seuraavana lukuvuonna. Hankkeen päätuloksena syntyi toimintamalli kodin ja koulun yhteistyölle. Keskeinen osa toimintamallia oli kodin ja koulun yhteistyösuunnitelma, joka on osa kunnan sivistyslautakunnan hyväksymää koulun opetussuunnitelmaa. Toimintamalli sisälsi useita toimia hyvinvoinnin edistämiseksi kouluyhteisössä. Näitä olivat muun muassa oppilaiden turvallisuuden tunnetta lisäävät toimet, vanhempainyhdistystoiminnan käynnistyminen ja Koti-koulukeskusteluviikko.

Lopuksi

Terveyden edistämisen suunnittelun ja toteutuksen tulisi perustua parhaaseen mahdolliseen näyttöön. Teoreettiset mallit, kuten PP-malli, toimivat erinomaisena rakenteena terveyden edistämisen näyttöön perustuvan toiminnan varmistamisessa. Erityisesti yhteisötason terveyden edistämisen ohjelmien suunnittelussa on tärkeää huomioida useita eri toimijoita ja toiminnan tasoja, jolloin PP-mallin kaltaiset laaja-alaiset mallit ovat toimivia. PP-malli mahdollistaa eri osapuolten tiedon ja kokemuksen hyödyntämisen, kun tarkennetaan yhteisön terveystarpeita ja hankkeen tavoitteita. Toisaalta, koska PP-malli on hyvin koko-

naisvaltainen viitekehys, se vaatii perehtymisen lisäksi myös paikallista asiantuntemusta. Paikallisen asiantuntemuksen myötä malli muuntuu palvelemaan kulloistakin kehittämistarvetta ja yhteisöä. Tärkeää olisi koota ja raportoida tietoa ja kokemuksia kokeiluista, joissa PP-mallia on sovellettu terveyden edistämisen eri osa-alueille Suomessa. Näin kasvatetaan tietoa ja osaamista sekä PP-mallin hyödyntämisestä että sen sopivuudesta suomalaiseen yhteiskuntaan ja lisätään näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa terveyden edistämistoimintaa.

➟ Tehtäviä

1. Millä terveyden edistämisen alueilla voisit hyödyntää Precede-Proceed-mallia?
2. Millä muilla kuin tässä artikkelissa käytetyillä menetelmillä voisit hankkia tietoa Precede-Proceed-mallin eri vaiheisiin?
3. Pohdi, miten voisit hyödyntää kasvatuksellisen arvioinnin vaiheen altistavia, vahvistavia ja mahdollistavia tekijöitä nuorten terveyskäyttäytymisen muuttamisessa.
4. Etsi sähköisistä tietokannoista (esimerkiksi Medline) muutama kansainvälinen tutkimusraportti PP-mallin soveltamisesta. Arvioi mallin käyttökelpoisuutta ja sovellettavuutta omalla asiantuntijuusalueellasi.

Oheiskirjallisuutta

Allardt E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Porvoo.

Green LW, Kreuter MW. 1999. Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. 3.painos. Mayfield Publishing Company, Mountain View.

Konu A. 2002. Oppilaiden hyvinvointi koulussa. Acta Universitatis Tamperensis 887. Tampere. http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5445-6.pdf

Liimatainen L, Ryttyläinen K (toim.) 2006. Innovoi, Vaikuta, Arvioi. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 62, Jyväskylä.

McMurray A. 2007. Community health and wellness: a socio-ecological approach. 3. painos. Mosby Elsvier, Sydney.

Mäkitalo M. 2006. ”Näin me onnistumme yhdessä” Kouluhyvinvointia rakentamassa kodin ja koulun yhteistyöllä. Opinnäytetyö. Ylempi AMK-tutkinto. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. https://oa.doria.fi/handle/10024/6271.

Sotkanet-verkkopalvelu. http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu luettu 31.8.2009.

Stakes. 2006. Kehittämistyön menetelmiä. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A85FCBC1-72BC-40D1-AE15-28ED3DFCC870/0/menetelmatosa2.pdf

Stakes. 2008. Mitä IVA on? http://info.stakes.fi/iva/FI/Mita/index.htm. Luettu 31.8.2009.

STM. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Yliopistopaino, Helsinki.

2.3 Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakointia

Kaarina Sirviö

Yhteiskunnan vastuun vähentyessä vanhempien osallisuuden ja vastuun merkitystä painotetaan perheen terveyden edistämisessä. Perheen osallisuuden vahvistamisessa on olennaista tiedostaa, että perhe on tärkein toimija tavoitteiden saavuttamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijä voi työssään vain luoda perheelle toiminnallisia mahdollisuuksia tavoitteiden saavuttamiseksi. Vanhempien osallisuuden vahvistamisen lisäksi olennaista toiminnassa on tarkastella perheen terveyttä ja voimavaroja tulevaisuutta ennakoivasta näkökulmasta. Ennakoivaa osaamista käyttämällä päästäisiin pelkästään tiedonjakoon keskittyvistä käynneistä ja pystyttäisiin siirtämään tapaamisen sisällön painopistettä enemmän tulevaisuuden suunnittelun suuntaan.

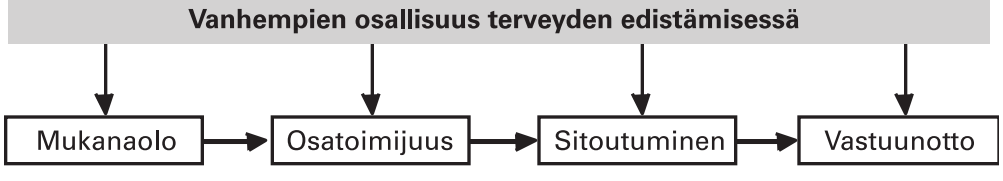
Työntekijän terveyttä edistävässä toiminnassa on tärkeää myös suhde muihin lapsiperheiden parissa toimiviin. Yhteistyö on keskeistä niin lapsiperheen osallisuutta kuin ennakoivaa osaamista vahvistavien työmenetelmien tunnistamisessa ja kehittämisessä. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen edellytyksiä ovat yhteisöasiantuntemus ja organisaatiotasolla tehtävät toiminnan rakenteen ja toimintakulttuurin muutokset.

Vanhempien osallisuus ja osallisuuden tasot

Osallisuuden käsite kuvaa ihmisen kokemusta jäsenyydestä yhteisössä ja yhteiskunnassa, jossa ihmisellä on mahdollisuus osallistua, toimia ja vaikuttaa. Osallistuminen on merkitykseltään osallisuutta kapeampi käsite: osallisuus tarkoittaa ihmisten kiinnittymistä yhteisöönsä, kun taas osallistuminen on toiminnallista mukana olemista. (Esim. Mäkinen 2009.) Vanhempien osallisuutta perheen terveyden edistämiseen voidaan pitää laaja-alaisena, jatkuvana, sekä omaa että palvelutoimintaa arvioivana ja kehittävänä roolina (ks. Cusack & Sealey-Lapes 2000, McKinstry 2000). Osallisuuden kokemus muodostuu riittävästä tuesta ja arvostuksen kokemuksista. Se edellyttää tasavertaisuutta asiakassuhteessa, mielipiteen ilmaisemista ja osallistumista päätöksentekoon. (Taanila & Larivaara 2004.) Osallisuuteen vaikuttavat muun muassa yksilön ikä, koulutus ja sukupuoli. Nuoret, hyvin koulutetut ja naiset ovat aktiivisempia kuin muut. Lisäksi osallisuuteen vaikuttavat vanhempien kokemukset perheen terveydestä, saatu tieto perheen tilanteesta, osallistumiseen liittyvät odotukset ja suhde asiakkaana olevien vanhempien ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän välillä. (Say, Murtagh & Thomson 2005, myös McKinstry 2000.)

Vanhempien osallisuutta perheen terveyden edistämisen toiminnassa voidaan tarkastella neljällä tasolla (kuva 2.7). Nämä tasot ovat mukanaolo, osatoimijuus, sitoutuminen ja vastuunotto. Osallisuuden tasoon vaikuttavat vanhemman valmiudet, tarve ja osallisuudesta koettu hyöty (Sirviö 2006).

Mukanaolon tasolla vanhemmilla on perinteinen näkemys asiantuntijakäsitteestä: asiantuntija tietää ja vanhempi on passiivinen mukanaolija. Mukanaolon tasolla korostuvat työntekijän tehtäväkeskeinen



Kuva 2.7 Asiakkaana olevan vanhemman osallisuuden tasot perheen terveyden edistämisessä

ja järjestelmälähtöinen toiminta ja asiakkaana olevien vanhempien tietoisesti ja vapaaehtoisesti ottama passiivinen rooli. Työntekijä voi myös pakottaa toiminnallaan vanhemmat passiiviseen rooliin. Vanhemman vastuuta ja käsitystä terveydestä ei tuoda esille, vaan tärkeintä on mahdollistaa työntekijän asiantuntemuksen käyttö (vrt. McGregor 2004). Työntekijä ei ole kiinnostunut yksityiskohdista. Hän ottaa vastaan odotetut vastaukset muttei kommentoi tai kyseenalaista. Mukanaolon tasoa voisi kutsua myös velvollisuustasoksi. Vanhemmilla on velvollisuus tulla työntekijän vastaanotolle, ja heillä on velvollisuus olla työntekijän toiminnan objektina. Työntekijän johtamissa tilanteissa asiakkaana olevien vanhempien osallisuuden ilmaisuja voidaan pitää negatiivisena, työntekijän työtä häiritsevänä ja asiantuntemusta kyseenalaistavana seikkana, kuten Stivers (2004) toteaa.

Osatoimijuus-tasolla vanhemmat aktivoituvat asiakastilanteessa mutteivät kyseenalaista työntekijän asiantuntemusta. Tällä tasolla kaikki osapuolet haluavat, että tilanne sujuu ilman konflikteja, ja hyvän asiakassuhteen luominen on olennaista. Perheen elämäntapaa mahdollisesti koskeva keskustelu ja ohjeet jäävät yleisluonteisiksi, eikä niitä liitetä perheen tilanteeseen. Vanhempien itsensä päätettäväksi jää, onko perheessä syytä elämäntavan muutoksiin.

Sitoutumisen tasolla vanhemmat tiedostavat oman toimintansa merkityksen perheen terveyden edistämisessä. He hyödyntävät aktiivisesti työntekijän asiantuntijuutta oman vanhemmuutensa kehittymisessä. He haluavat kuulla eri vaihtoehtoja ja tehdä päätöksensä saamansa tiedon perusteella. Vanhemmilla on kykyä arvioida perheen elämäntilanteessa ja arjessa perheen terveyteen liittyviä tekijöitä.

Vastuunoton tasolla vanhemmat vastaavat toiminnastaan eivätkä välttämättä odota työntekijältä apua tai hyväksyntää päätöksilleen. He voivat hyödyntää työntekijän asiantuntemusta mutteivät pidä sitä vanhemmuutensa kehittymisen ja perheen terveyden edistymisen edellytyksenä. Vanhemmat kykenevät tunnistamaan omia voimavarojaan ja ovat kyenneet selviämään eteen tulleista haasteista ja ongelmista. Arjen ohjaamisessa heillä on tunne mahdollisuudesta vaikuttaa ympäristöönsä ja tehdä valintoja ja päätöksiä omien kykyjensä ja vaihtoehtojensa avulla. Vastuunoton tasolla vanhempien voi olla vaikea tehdä tietty valinta, jos joku muu on siihen heitä kehottanut, koska päätös ei ole silloin heidän. Vanhemmilla on realistinen ja positiivinen asenne elämään, ja he tuntevat hallitsevansa elämäänsä. Oman tilanteen hallinta

merkitsee heille kokemusta selviämisestä ja tunnetta oman elämänsä hallinnasta. Vanhemmilla on myös valmiuksia ennakoida perheen terveyteen liittyviä tekijöitä. Asiakkaina tällaiset vanhemmat edellyttävät myös työntekijältä ennakoivaa ja moninäkökulmaista tarkastelutapaa sekä myös oman asiantuntemuksensa arvostamista.

Asiakkaana olevan vanhemman on oikeus kokea osallisuutta. Jos vanhemman osallisuus turvataan, toteutuvat myös ne oikeudet, joista säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 1992. Toisaalta yhteiskunnan vastuun vähentyessä vanhemmilta myös odotetaan enemmän osallistumista perheensä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Aaltonen (2004) kritisoi nykyistä keskustelua yksilön autonomiasta ja yksilön oikeuksista tehdä päätöksiä, koska keskustelussa ei oteta huomioon ihmisten keskinäistä riippuvuutta. Individualistisen ja subjektiutta korostavan ihmiskuvan ja inhimillisen toiminnan välillä on ristiriita. Ihminen ei todellisuudessa ole niin autonominen ja itsenäinen päätöksentekijä kuin halutaan uskoa. Ihmiset ovat edelleen muista riippuvaisia (esim. Forsberg 2003). Yksilön osallistumattomuutta terveytensä hoitoon voidaan jopa pitää rangaistavana: saatetaan keskustella siitä, onko hän osallistumattomuudellaan ansainnut julkisen terveydenhuollon palveluja (Virsiheimo 2003).

Miten työntekijän toiminta vaikuttaa vanhempien osallisuuteen?

Vanhemman osallisuuden ja vastuun merkitystä painotetaan, mutta osallisuuden vahvistamisen menetelmiä on kehitettävä edelleen. Työntekijä voi työssään arvioida vain sitä, onko hän luonut vanhemmille riittävät edellytykset toimia tavalla, joka luo terveyttä ja hyvinvointia koko perheelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkemyksiä kuvanneessa tutkimuksessa (Sirviö 2006) tuli esille, että työntekijä saattoi keskittyä pääosin lapsen hyvinvoinnin tarkasteluun, joko konkreettisesti tai keskustelun avulla. Hän ei huomioinut vanhempien esiin tuomia perheen terveyteen liittyviä tekijöitä jaksamisesta, lapsen ja vanhempien suhteesta tai parisuhteesta:

> Äiti kertoi, että hän kävelee lapsensa kanssa pitkiä matkoja ja kokee sen hyväksi erityisesti lapsen ja äidin välisen suhteen kehittymiselle. Työntekijä ei kommentoinut asiaa heti äidille, mutta hän viittasi siihen myöhemmin: ”Ihan hyvä tapa. Jaksaapahan lapsi paremmin kävellä kouluun.”
>
> Kun juuri miehestään erilleen muuttanut äiti kertoi työntekijälle lastensa isän poissaolosta ja pohti sen vaikutuksia lapsiin ja itseensä, työntekijä nyökkäsi muttei nostanut katsettaan eikä reagoinut muutenkaan asiaan. Sen sijaan hän jatkoi huomioitaan lapsesta: ”Lapsen kynäote ei ole vielä rutiinia.”

Vanhempi voi kokea, ettei hänen asiantuntemustaan arvosteta, jos lapsi on asiakastilanteissa suurimman osan ajasta pääosassa. Asiantuntijakeskeisyys kätkeytyy lapsikeskeiseen puheeseen, jolloin vanhemman ja työntekijän vuorovaikutus jää ohueksi eikä vanhemman asiantuntemus saa tilaa oman lapsen ja perheen asioissa. Tällaisessa tapauksessa voidaan puhua asiantuntijakaappauksesta, jossa vanhemmat siirretään syrjään tilanteesta. Eräällä paikkakunnalla oli yksipuolisesti sovittu, että 6-vuotiaiden lasten tarkastukset neuvolassa tehdään niin, etteivät vanhemmat ole läsnä. Vaikka neuvoloiden työntekijöiden päätöksen perusteluna oletettavasti oli lapsikeskeisyyden lisääminen, vanhemmat kokivat, että päätös loukkasi ja vähätteli heidän rooliaan lapsen vastuullisena kasvattajana. Vanhemman roolin ja vastuun mitätöiminen välittyy myös lapselle ja nuorelle. Työntekijän tulisikin osoittaa konkreettisesti toiminnassaan niin lapselle kuin vanhemmille, että hän arvostaa ja tukee vanhempia lapsen asioista vastaavina henkilöinä.

Vanhemmuuden taitojen vahvistaminen voi jäädä työntekijöiden toiminnassa toteutumatta, jos toiminnan lähtökohtana on yksipuolinen näkemys vanhemmuuteen liittyvistä tekijöistä. Vanhemmuus voidaan katsoa dikotomisesti joko lapsen hyvinvointia lisääväksi tai vähentäväksi tekijäksi. Jos tavallinen vanhemmuus ymmärretään ongelmavanhemmuuden kääntöpuoleksi, voi käydä niin, että kaikkea vanhemmuuteen liittyvää tarkastellaan ongelmien eikä vahvuuksien näkökulmasta. Ongelmapuhe siirtyy myös herkästi asiapapereihin eikä tarjoa perustaa kunnioittavalle suhteelle työntekijän ja vanhemman välillä. (Esim. Vuori 2003.)

Ennalta määriteltyjen työmenetelmien, kuten kysymyssarjojen, avulla on tarkoitus helpottaa perheen tarpeiden ja tilanteen määrit-

telyä ja arviointia ja saada esille perheen näkemyksiä terveydestään. Näyttää kuitenkin siltä, että ne päinvastoin estävät vanhempien osallisuutta ja lisäävät asiantuntijan dominointia (ks. Mitcheson & Cowleyn 2003, Sirviö 2006). Ne luovat tilanteeseen kontrolloivan ilmapiirin, korostavat asiantuntijakeskeisyyttä ja sitovat työntekijän rutiineihin ja mekanistiseen toimintaan, josta hänen on vaikea poiketa. Tällöin työntekijän työmenetelmät ja tavoitteet ovat jokaisen lapsiperheen osalta samantyyliset. Mekaanisesti sovelletuista menetelmistä voi kärsiä jopa oma asiantuntemus, koska työntekijä kiinnittää päähuomionsa vain menetelmän toteuttamiseen eikä työn sisältöön, tavoitteisiin ja asiakkaaseen:

> ”Tarvittaessa sitten, jos aikaa liikenee, kysytään, onko vanhemmilla jotain meille. Olisiko mitään sellaista, josta erityisesti olisi tarvetta vielä enemmän sitä tietoa saada?”

Edelleen tämä johtaa teorian ja käytännön irrallisuuteen ja siihen, että asiantuntemus mielletään kapeasti työn hallinnaksi (esim. Hurtig 2003, Mitcheson & Cowley 2003). Asiakkaana oleva vanhempi ei puolestaan kykene tavoittamaan tai soveltamaan annettua tietoa oman perheensä tilanteeseen, jolloin hän menettää mielenkiintonsa, turhautuu tai epäilee työntekijän asiantuntemusta.

Työmenetelmien käyttöönotto edellyttää yhteistä keskustelua työntekijöiden kesken menetelmien merkityksestä omassa toiminnassa ja niiden käyttömahdollisuuksista. Esimerkiksi huolen vyöhykkeistö -väline kehitettiin 1990-luvun lopulla edistämään moniammatillista yhteistyötä lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentelevien kesken. Nykyisin menetelmä on alkuperäisen tarkoituksensa mukaisessa käytössä niillä, jotka ovat perehtyneet välineen käyttöä ohjaaviin taustateorioihin: huolen vyöhykkeistö on yhteinen reflektioväline, jonka avulla lapset, nuoret, huoltajat ja työntekijät ennakoivat ja pohtivat oman toimintansa ja yhteistyön mahdollisuuksia. Vyöhykkeistöä käytetään kuitenkin myös täysin vastoin alkuperäistä tarkoitustaan: lapset ja nuoret luokitellaan eri vyöhykkeille ja luokittelut tehdään ilman lapsia, nuoria tai vanhempia. Ajatus siitä, että huolestuneen tulisi puuttua omaan huoleensa eli muunnella omaa toimintaansa, on muuttunut päinvastaiseksi. Huolestuttavuudesta on tullut kohteen eli lapsen ominaisuuksia. (Ks. Arnkil & Alhanen 2009.)

Yksittäisillä työmenetelmien käyttöönotolla on siis mielekkyytensä vain, jos työntekijät ymmärtävät niiden merkityksen ja käyttömahdollisuudet omassa toiminnassaan. Erään työntekijän kommentti osoittaa, ettei hän kokenut organisaatiossa sovitun työmenetelmän käyttöä omaa toimintaansa tukevaksi:

> ”Inhoan kaikkia rutiinikysymyksiä, mutta pakko ne on kysyä. Ne tulee tuolla välissä kysyttyä. Raksit on laitettava.”

Työntekijän ja vanhemman vuorovaikutuksen onnistuminen on tärkeä vanhemman osallisuuden vahvistamisen näkökulmasta. Hyvä yhteistyö on tulos, jonka avulla saadaan myös muita tuloksia aikaan. Saattaa kuitenkin olla, että pelkästään vuorovaikutukseen painottuminen johtaa yhä enemmän työn tavoitteen ja sisällön hämärtymiseen, jolloin perheen asiat ja vanhempien osallisuuden vahvistaminen saattavat jäädä toissijaiseksi.

Ongelmalähtöisen, praktisen näkökulman mukaan asiakassuhde alkaa ja työntekijän toiminta aktivoituu silloin, kun asiakkaalla on ongelmia, joita asiantuntija pääsee ratkaisemaan (esim. Mönkkönen 2002). Jos työntekijän käsityksen mukaan kyse on normaalista perheestä, terveyden edistäminen ei välttämättä ole tavoitteellista eikä vanhemman osallisuutta siihen tueta. Tällaisten perheiden käyntejä pidetään helppoina rutiinikäynteinä, joiden aikana ei tarvitse paneutua perheen tilanteeseen. On kuitenkin huomioitava, ettei toiminnalla ole kovinkaan suurta merkitystä, jos perheen ongelmaton elämäntilanne jää kokonaan tiedostamatta. Terveyden edistäminen voisikin parhaimmillaan olla ”ajan tuhlaamista asioihin, joita ei vielä ole”. Asiakaslähtöisen ja asiakkaan osallisuutta vahvistavan toiminnan jalkautumista vaikeuttaa se, että esimerkiksi organisaation toiminta (välineet ja menetelmät), asiakassuhteet ja käytettävä kieli määrittyvät pitkälti ongelmalähtöisen ajattelutavan mukaan.

Lapsiperheen terveyttä edistävän toiminnan vaikuttavuutta lisää se, että toiminnan lähtökohtana on perheen näkemys terveyteensä ja vanhemmuuteen liittyvistä tekijöistä. Työntekijällä saattaa olla hyvinkin erilainen näkemys siitä, mitä terveys on ja mitä yksilön ja perheen pitää tehdä elääkseen terveesti. Tällöin toiminnassa on paternalistisia piirteitä: terveyden edistäminen on terveyteen liittyvän tiedon jakamista ja jaetun tiedon pitämistä ainoana oikeana vaihtoehtona. Työntekijä voi toimia varsin holhoavasti ja jättää asiakkaana olevalle vanhemmalle vain

niukasti tilaa oman näkemyksen muodostamiseen ja toimintojen valitsemiseen (esim. Sirviö 2003, 2006). Toiminnan muuttaminen on välttämätön tavoite, ja työntekijä voi painostaa terveysneuvonnalla. Toiminnassa jää huomioimatta se seikka, että terveystottumukset ovat osa ihmisen elämää ja että ne perustuvat terveyttä koskeviin arvoihin ja muuttuvat siten hitaasti. On epärealistista olettaa, että joskus hyvinkin lyhytaikaisella, työntekijän terveyskäsitykseen perustuvalla ohjauksella saavutettaisiin muutoksia terveystottumuksissa. Jos työn lähtökohtana on työntekijän normatiivinen käsitys perhemuodosta ja terveydestä, terveyden edistämisellä ei ole merkitystä asiakkaana olevan vanhemman näkökulmasta, kuten seuraavasta kuvauksesta ilmenee:

> ”[Hän] antoi tietoa ja joitain ohjeita. Jos ihan rehellisesti sanon, niin ei se kovin paljon meijän perhettä tukenut. En saanut kyllä paljon.”

Ellei toiminnalla ole merkitystä perheen terveyden edistämisessä, on myös vaikea perustella sen merkittävyyttä muullakaan tavoin.

Osallisuutta vahvistaa toiminnan liberalistinen näkökulma, jossa painotetaan asiakkaan harkintaa välitetyn tiedon valikoinnissa ja asiakkaan omaa vastuuta toiminnassa sekä hyväksytään useita oikeita tapoja toimia. Asiakkaalla on oikeus saada tietoa, mutta hänellä on oikeus myös valita tai kieltäytyä tiedosta. Työtekijä puolestaan auttaa asiakasta hankkimaan riittävät tiedot ja taidot, jotta asiakas voi tehdä tarvittavat päätökset itsenäisesti ja hallita päätöstensä seuraamukset (esim. Taanila & Larivaara 2004). Kun työntekijä tiedostaa ja ymmärtää, mitä tekijöitä perheen terveyskäsitykseen liittyy, hän kykenee aikaisempaa paremmin arvioimaan tilannetta perheen näkökulmasta: mitä perheessä tiedetään jo ennalta terveydestä ja siihen liittyvistä asioista, miten perheessä toimitaan ja mitä terveyden edistämisen keinoja perheessä on.

Lapsiperheellä on käytössään erilaisia tietokanavia, joiden avulla se pystyy hankkimaan uutta tietoa. Työntekijän on otettava huomioon muualta hankittu tieto ja kyettävä tuomaan esille oma näkökulmansa asiaan. Yhteisen keskustelun perusteella on tärkeää sopia ja kirjata perheen tilanteeseen ja tarpeisiin perustuvat konkreettiset tavoitteet, jotka kuvaavat perheen toimintaa ja pyrkimyksiä viedä asiaansa eteenpäin. Pelkästään työntekijän asettamaan tavoitteeseen sitoutuu parhaimmassakin tapauksessa vain hän itse. Ilman ta-

voitteita tai ilman tavoitteiden kirjaamista toiminnan arviointi on mahdotonta.

Taloudellisten resurssien vähetessä olisi aiheellista kiinnittää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan vaikuttavuuteen erityistä huomiota. Asiakkaan osallisuutta vahvistavan toiminnan kehittymisen edellytyksenä on tehottomien ja epätarkoituksenmukaisten toimintatapojen tunnistaminen ja selvittäminen. Tehottomien toimintatapojen tunnistaminen ei onnistu ilman jatkuvaa, systemaattista työntekijän ja asiakkaan tekemää arviointia. (Esim. Heikkilä, Kaakinen & Korpelainen 2003.) Systemaattisen toiminnan arvioinnin avulla työntekijä löytää vähitellen erilaisia työmenetelmiä, jotka tukevat ja vahvistavat vanhempien osallisuutta eri tasoilla. Osallisuuden tason mukaan valituilla työmenetelmillä päästään rutiininomaisesti toistuvista käyttäytymiskuvioista. Rutiininomaiset työmenetelmät estävät osallisuutta ja ovat hyödyttömiä toiminnan vaikuttavuuden, taloudellisuuden tai asiantuntijuuden kehittymisen näkökulmista. Toiminnan arvioinnilla on mahdollista kehittää työntekijöiden työtapoja sellaiseksi, että vaikuttavuuden lisääntyessä kiireen tuntu toiminnassa puolestaan vähenee.

Ennakoiva osaaminen terveyttä edistävässä toiminnassa

Terveyttä edistävän toiminnan moninaisuutta voidaan kuvata esimerkiksi promootio- ja preventio-käsitteiden avulla. Promootiolla tarkoitetaan pyrkimystä luoda elinoloja ja kokemuksia, jotka tukevat ja auttavat yksilöä ja yhteisöä selviytymään. Sillä pyritään vaikuttamaan ennen ongelmien ja sairauksien syntyä luomalla mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristön terveydestä. Preventio on ongelmalähtöistä ja sen perinteinen, behavioristinen toimintatapa on tiedon jakaminen. (Esim. Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Olipa toiminnan lähtökohtana promotiivinen tai preventiivinen näkökulma, terveyden edistämisessä on suunnattava painopiste aikaisempaa enemmän tulevaisuutta ennakoivaan toimintaan. Pelkästään perheen menneisyyden ja nykyisen tilanteen selvittämisellä ei ole juuri merkitystä perheen terveyden edistämisen näkökulmasta.

Ennakoivassa toimintatavassa lapsiperheellä ei tarvitse olla ongelmia vaan huomio kiinnitetään mahdollisesti niin perheessä, lasten ja

vanhempien suhteessa kuin parisuhteessa eteen tuleviin tilanteisiin ja keskustellaan siitä, miten niistä voidaan selvitä. Olennaista on tarkastella perheen terveyttä ja voimavaroja ennakoivasta näkökulmasta: miten perheen terveyttä mahdollisesti heikentäviä tekijöitä perheessä, perheen toiminnassa ja yhteisössä voidaan välttää ja miten perheen määrittämiä terveyttä edistäviä tekijöitä ja voimavaroja voidaan vahvistaa ja lisätä. Työntekijä ja asiakas eivät enää keskity pelkästään lapsiperheen nykytilanteeseen ja mahdollisiin siihen johtaneiden ongelmien selvittämiseen. Työntekijällä on asiantuntemusta jäsentää asioita useammasta näkökulmasta, ja hänellä on myös kokemusta siitä, millaiset ratkaisut ovat toimineet muilla asiakkailla. Ennakoivan osaamisen avulla on mahdollista päästä pelkästään tiedonjakoon keskittyvistä käynneistä ja siirtää tapaamisen sisällön painopistettä enemmän tulevaisuuden arviointiin. Esimerkiksi Sirviön (2006) tutkimuksessa useissa asiakkaan ja työntekijän kohtaamisissa välittyi tunne siitä, että vanhemmat tulivat hyväksyttämään toimintaansa ja vanhemmuuttaan ja saivat käynnin tuloksena työntekijältä luvan jatkaa entiseen tapaan. ”Kaikki hyvin tähän asti” -käynneillä tulevaisuuteen liittyvät asiat luvattiin katsoa ” sitten seuraavalla kerralla”.

Edellä mainitussa tutkimuksessa (Sirviö 2006) vanhemmat toivat esille ennakoivan osaamisen tarvetta (vrt. Kekkonen 2004). He eivät halunneet välttämättä keskustella työntekijän kanssa olemassa olevista parisuhteeseen ja vanhemmuuteen liittyvistä ongelmista, vaan heidän mielestään vanhemmuuden ja parisuhteen kehittymiseen liittyviä seikkoja tulisi huomioida ennen kuin ongelmia syntyy. Siinä vaiheessa keskustelu sekä parisuhteessa että työntekijän kanssa onnistuisi. Tällöin vielä sinänsä hyvää suhdetta voitaisiin kehittää, kuten eräs asiakkaana ollut perheenäiti kuvaa:

> ”Ollaanko väliinputoajia, kun ei olla avioeroa suunnittelemassa eikä muuta ongelmaa. Haluaisin tukea tähän tilanteeseen, vaikkei olla mihinkään päin repeämässä. Tarvitsisin tukea äitinä ja puolisona ja siihen, miten saisin asiat vielä paremmin. Sitä tukea vois jopa vähän tyrkyttää. Se vois pelastaa paljokin, varsinkin näin pienten lasten vaiheessa.”

Ennakoivan osaamisen käyttö helpottaa työntekijän ja asiakkaan asettumista samalle tasolle arvioimaan näkemyksiään tulevasta. Tarkaste-

lunäkökulman siirtäminen helpottaa vanhempia ja kokematonta työntekijää ottamaan esille ongelmallisiakin asioita. Ennakoiva toiminta soveltuu erilaisissa elämäntilanteissa olevien lapsiperheiden terveyden edistämiseen, olipa lapsiperhe työntekijän asiakkaana kerran vuodessa, kerran kuukaudessa tai useammin. Ennakoivan lähestymistavan avulla lapsiperheen tilanteen tarkastelukulma laajenee yksilönäkökulmasta perhe- ja yhteisönäkökulmaan ja työntekijä pystyy käyttämään myös laaja-alaista asiantuntemustaan. Näin myös asiakkaana oleville vanhemmille syntyy kuva lapsiperheen terveyteen liittyvistä tekijöistä ja perheelle suunnattujen palvelujen kokonaisuudesta, joita heillä on mahdollisuus tarpeen mukaan hyödyntää.

Ennakoivaa osaamista tarvitaan asiakkaan prosessien eri vaiheissa ja eri ammattiryhmien toiminnassa. (Mönkkönen 2000, 2002; Sirviö 2003, 2006), jolloin asiakas saa valmiuksia pitkäjänteiseen terveystapojen oppimiseen ja terveyden hallintaan. Ennakoivan osaamisen käytöllä ei välttämättä vain pyritä tai päästä terveyteen, vaan sillä myös rohkaistaan asiakasta etsimään tapoja sopeutua terveyttä vähentävään ongelmaan. Filosofisesti ajateltuna terveys ei siis ole toiminnan perimmäinen päämäärä, vaan elämää pitäisi kyetä pitämään arvokkaana silloinkin, kun terveys on siitä kadonnut, jopa lopullisesti (esim. Pihlström 2002). Ennakoiva osaaminen ei kuulu vain joidenkin asiantuntijoiden työn sisältöön, vaan sitä on tarkasteltava laajasti erilaissa julkisissa organisaatioissa ja eri lähtökohdista tapahtuvassa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Lisäksi on tärkeää tarkistaa terveyttä edistävän toiminnan tavoitteet: onko ne laadittu ulkoapäin (työntekijä, organisaatio) vai yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarpeidensa ja toimintansa näkökulmasta.

Ennakoivalla osaamisella pyritään tunnistamaan väliin tulevia tekijöitä ja tekijöiden keskinäisiä syysuhteita, jotka saavat aikaan terveyttä tuottavaa tietoa, voimavaroja ja elinoloja. Ihmisen valinnat eivät ole vapaita, vaan ne muokkautuvat erilaisten prosessien ja vaiheiden kautta osana tiedon, voimavarojen ja elinolojen rakentelua. Rakentelulla tarkoitetaan sellaisten tekijöiden tunnistamista ja niiden vaikutusketjujen löytämistä, jotka saavat aikaan terveyttä tuottavaa tietoa, voimavaroja ja elinoloja. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007.)

Ennakoivaa osaamista ja sen arviointia pohtinut monialainen työryhmä (Sirviö, Mönkkönen, Hoffren, Roine & Lappalainen 2009) tarkastelee osaamista jäsentämällä työntekijän toimintaa 1) ennakoivaan

työotteeseen, 2) ennakoivaan toimintaan, 3) yhteisösuuntautuneeseen työotteeseen ja 4) yhteistoiminnallisuuteen. Osa-alueet on eroteltu sen perusteella, miten toiminta näkyy asennoitumisessa ja tietoisuudessa ja miten se ilmenee konkreettisessa toiminnassa suhteessa toisiin toimijoihin. Ennakoivan työotteen näkökulmasta tarkastellaan, miten ennakoiva ajattelu näkyy työntekijän asennoitumisessa. Ennakoivan toiminnan osa-alueella arvioidaan, miten ennakoiva osaaminen ilmenee työntekijän toiminnassa. Kolmannessa näkökulmassa arvioidaan työntekijän suhdetta toisiin toimijoihin ja heidän asiantuntemukseensa. Neljännessä ulottuvuudessa puolestaan arvioidaan, minkälaisia yhteistoiminnallisia suhteita työntekijä kykenee luomaan. Kyse on vaativasta osaamisesta, jota edellä mainittujen ulottuvuuksien avulla saadaan aikaisempaa paremmin havainnollistetuksi työntekijän toiminnassa. Havainnollistaminen helpottaa edelleen osaamisen arviointia ja kehittämistä.

Jotta yhteistyö asiakkaan kanssa saisi aikaan terveyttä tuottavia voimavaroja ja elinoloja, työntekijä joutuu yhä useammin arvioimaan omaa palvelutoimintaansa. Palveluissa kynnys ei saa olla niin matala, että asiakkaan ja hänen perheensä ja perheen tukiverkostojen voimavarat ja osallisuus jäävät hyödyntämättä. Palvelujen saamisen kynnys ei saa myöskään olla niin korkea, että riittävän varhainen mukaantulo hankaloituu. Jos esimerkiksi lapsen puheen ja kielen kehitys on viivästynyt, hänet yleensä ohjataan puheterapeutille. Jo ennen terapiajaksoa ja jakson aikana on kuitenkin tärkeää antaa myös perheelle ja muille lapsen parissa toimiville valmiuksia ohjata lasta arkipäivän tilanteissa. Oikea ajoitus ja tuen kohdennus ovat tärkeitä liikkeitä koko prosessin ajan: ei tueta liian kevyesti liian pitkään, muttei myöskään liian raskaalla järjestelmällä. (Sirviö ym. 2009.)

Ennakoivan osaamisen käyttö

Ennakoiva osaamista voidaan käyttää laajasti kaikilla työn eri osa-alueilla, vaikka usein ajatellaan, että jotkut työntekijät tekevät enemmän ehkäisevää työtä ja jotkut vain hoitavaa, kuntouttavaa tai korjaavaa työtä (ks. Sirviö 2006). Ennakoivassa toiminnassa on tärkeää ymmärtää ennakoivan liikkeen merkitys. Ennakoiva liike tarkoittaa, että aina pyritään toimimaan niin, että asiakas kykenee selviämään omin

voimin tai vähemmällä tuella, vaikka palveluntarve jossakin vaiheessa lisääntyy. Tällainen toiminta vaatii palvelun arviointia tasaisin väliajoin ja myös rohkeutta kokeilla asiakkaan selviytymistä aikaisempaa pienemmän tuen turvin, mikä taas vaatii työntekijältä myös sitä, että hän tuntee muiden työntekijöiden työn sisällön ja heidän toimintatapansa (Sirviö ym. 2009).

Ensimmäisessä palvelukokonaisuudessa toiminta on kohdentunut laajaan joukkoon ja sen tarkoituksena on herättää ihmisten tietoisuutta terveyttä edistävistä asioista. Esimerkkinä tästä ovat äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä vanhuksille suunnatut ehkäisevät kotikäynnit. Toisena esimerkkinä on kouluissa tapahtuva toiminta, jolla vahvistetaan nuorten elämänhallinnan taitoja ja herätetään nuorten tietoisuutta siitä, minkälaisia asioita voi tulla elämässä eteen. Samalla pyritään vaikuttamaan nuorten asenteeseen ja kykyyn tehdä valintoja. Tässä palvelukokonaisuudessa asioita ei lähestytä niinkään riskien tai ongelmien kautta. Lähtökohtana ei siis ole vain seuloa esimerkiksi potentiaalisia päihteiden käyttäjiä tai tulevia masentujia. Tärkeää ensimmäisessä palvelukokonaisuudessa on osaaminen, jonka kautta ammattilainen lisää ei-ammattilaisten tietoja ja taitoja, voimavaroja terveyttä edistävistä tekijöistä. Esimerkiksi vanhuksen lähiomaisia voidaan opastaa oikean suun terveydenhoidon, ravitsemuksen, lääkehoidon tai liikkumisen tukemisessa. (Sirviö ym. 2009.)

Toisessa palvelukokonaisuudessa tarve yksilöityy ja kohdentuu tiettyihin yksilöihin tai yhteisöihin. Esimerkiksi neuvolassa saatetaan kiinnittää huomiota pienen lapsen vanhempien väsymykseen, jolloin voidaan yhdessä pohtia keinoja perheen jaksamisen tukemiseksi. Olennaista on se, ettei jäädä odottamaan ongelmien pahenemista. Tällä alueella toiminnan lähtökohtana on huoli asiakkaan pärjäämisestä, jolloin palvelun tarve on jo ennakoitavissa. Vaikka toisella osa-alueella ollaan usein jo vahvemman palvelun piirissä, on tärkeää, että pyrkimyksenä on tukea asiakasta niin, että hän pärjää pienemmillä tukitoimilla.

Kolmannessa palvelukokonaisuudessa ongelma on syntynyt ja ennakoivia toimia tarvitaan, jotta yksilö tai yhteisö selviytyisi omassa arjessaan. Tällä alueella lisätään niitä toimia, joilla pyritään estämään asiakkaan ongelmien vaikeutuminen. Esimerkiksi erityistä tukea tarvitsevan lapsen toimintaympäristöä ja toimintaa ohjataan lapsen suotuisaa kehitystä tukevaksi. Keskeisessä asemassa ovat yhteistyö perheen kanssa sekä luonnollisten tukiverkostojen hyödyntäminen ja heidän osaa-

misensa kehittäminen. Tällöin tärkeää on myös tiedon ja ymmärryksen varmistaminen. (Sirviö ym. 2009.)

Lähivuosien aikana palvelujen painopiste on siirtynyt kolmanteen palvelukokonaisuuteen, mikä osittain johtuu tiukasta taloudellisesta tilanteesta. On kuitenkin tärkeää kehittää toimintaa näissä kolmessa palvelukokonaisuudessa tasapuolisesti. Myös osaamisen arviointimenetelmien kehittäminen on jäänyt usein taka-alalle, vaikka monissa organisaatioissa on ollut havaittavissa pyrkimyksiä siihen. (Sirviö ym. 2009.)

Moniammatillinen yhteistyö

Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä pidetään tärkeänä työmuotona, kun pyritään tukemaan asiakkaan osallisuutta ja voimavarakeskeistä palvelutoimintaa sekä lisäämään sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden valmiuksia puuttua asiakkaan ongelmiin varhaisessa vaiheessa. Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteistyötä estävät ja edistävät tekijät ovat pysyneet samoina yli kymmenen vuotta ja yhteistyö on jäänyt jossain määrin ideologisen puheen tasolle. On kuitenkin syntynyt mielikuva, että kun työ nimetään uudelleen moniammatilliseksi yhteistyöksi, se alkaa sujua moniammatillisen yhteistyön mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toiminta voi olla eriytynyttä ja lokeroitunutta, ja se on organisoitu usein niin, ettei työntekijöillä ole edes mahdollisuuksia hoitaa muita kuin omaan osaamisalueeseensa kuuluvat työt. Jokainen on koulutettu hoitamaan omaa tehtäväänsä hyvin, minkä toivotaan johtavan siihen, että myös kokonaisuus tulee hoidetuksi hyvin. Toimintaa on kuitenkin vaikea hahmottaa yhtenäiseksi ja laajempaan yhteiskunnalliseen kokonaisuuteen liittyväksi järjestelmäksi, koska työntekijät toimivat erillään eikä heillä siten ole yhteistä näkemystä. (Arnkil, Eriksson & Arnkil 2003.)

Substanssiosaamista arvostetaan edelleen monilla aloilla, eikä laaja-alaista ja moniammatillista osaamista pidetä vielä keskeisenä osaamisalueena. Nykyään moniammatillisuus kuitenkin vaikuttaa yhä enemmän asiakkaan saamaan hyötyyn. Useiden toimijoiden yhteistyössä voidaan asiakkaan tilannetta tarkastella aikaisempaa laajemmasta näkökulmasta, jota substanssiosaajan on mahdoton yksin hahmottaa.

(Ks. Mönkkönen 2007.) Työntekijöiden välinen vuoropuhelu syntyy helpoiten, kun he hoitavat tehtäviä yhdessä.

Yhteistyössä ensimmäinen haaste liittyykin eri alojen asiantuntijoiden ja erilaisista työyhteisöistä tulevien työntekijöiden kommunikointiin. Jotta yhteinen kieli ja ymmärrys voisivat kehittyä, tarvitaan pitkäaikaista kasvokkaista vuorovaikutusta jonkin selkeän käytännön haasteen parissa. Tällaisia verkostomuotoja on kehitetty, ja erityisesti sosiaalialan työssä se on välttämätöntä (esim. Arnkil ym. 2003). Kun määritellään yhteistä työotetta, löytyy väistämättä myös alueita, jossa työntekijä siirtyy toisen työntekijän reviirille ja joutuu määrittelemään ja perustelemaan omaa osuuttaan toiminnassa.

Moniammatillista yhteistyötä ei lueta terveyden edistämisen normaaliin työnkuvaan. On kuitenkin selvää, että monien ongelmien kasautuminen on ehkäistävissä vain laajojen, monialaisten verkostojen avulla. (Sirviö 2006.) Yhteistyö on keskeistä niin asiakkaan osallisuuden vahvistamisessa kuin varhaista mukaantuloa tukevien työmenetelmien kehittämisessä. Osa yhteistyön kehittämisyrityksistä on pysähtynyt yhteisten käsitteiden määrittelemisen ongelmiin, vaikka yhteistyön kehittämisen näkökulmasta käsitteiden yhteisyys ei ole tarpeellista eikä luultavasti edes mahdollista. (Ks. Arnkil ym. 2003, Javanainen 2005.) Yhteistyötä koskevissa tutkimuksissa ja hankkeissa on tullut esille, että toiminnan kehittämisen jälkeen yhteistyön koetaan vahvistavan työntekijän voimavaroja, lisäävän työntekijöiden yhteisöllisyyden tunnetta ja lisäävän suhteiden vastavuoroisuutta.

Moniammatillinen yhteistyö ja asiantuntemus

Työntekijöiden voimavaroja yhdistävän työotteen kehittäminen liittyy myös asiantuntemus-käsitteen muutokseen. Asiantuntemukseen kuuluu kyky toimia yhteistyössä ja luoda laaja-alaista osaamista eri alojen asiantuntijoiden kanssa (esim. Suonsivu 2003). Laaja-alainen ammattitaito näkyy työtoiminnan kokonaisuuden hallintana, työntekijän kokonaispersoonallisuuden näkymisenä työssä sekä kykynä sopeuttaa toimintaa muuttuviin ja yllättäviin tilanteisiin. (Armstrong, Doyle, Lamb & Waters 2006, Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008.) Asiantuntemusta ei enää ymmärretä pysyväksi ominaisuudeksi, jonka jokainen saavuttaa, jos on tarpeeksi kauan työelämässä, vaan se liitetään työntekijän toimintatapaan. Asiantuntemus on jatkuvaa ongelmanratkaisuprosessia, työskentelyä omien kykyjen ylärajoilla ja itsensä ylittämis-

tä (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008). Sen avulla suunnistetaan, kyseenalaistetaan tai tuodaan helpotusta hankalaan tilanteeseen, mutta se ei tarjoa tilanteeseen valmiita ratkaisuja. Asiantuntijamaista toimintatapaa on vaikea määrittää, koska asiantuntemuksen kokeminen riippuu tilanteesta. Ihminen voi kokea, että hän on asiantuntija tietyssä asiassa tai tietyssä yhteisössä mutta toisessa ei. Kokemus asiantuntemuksesta on siis aina kontekstisidonnaista, joten jokainen tilanne asettaa sen koetukselle. (Isopahkala-Bournet 2008.)

Suurin haaste yhteistyön kehittymisen näkökulmasta on se, että työntekijän on tiedettävä omasta erityisalastaan yhä enemmän ja toisaalta hänen pitää pystyä jakamaan tietoa sellaisten kanssa, jotka ovat toisten erityisalojen asiantuntijoita. Asiantuntemuksen kokeminen edellyttää, että pystyy vakuuttamaan itsensä ja muut asiantuntemuksestaan. Se taas edellyttää, että yksilön oma tietämys on asiaankuuluvaa suhteessa toimintaan ja hän on kykenevä toimimaan tietämyksensä mukaan ja hänellä on varmuuden tunne suhteessa omaan tietämykseen ja kykyyn toimia. (Isopahkala-Bournet 2008.) Palvelusektorilla tarvitaan yhä enemmän sekä erikoistunutta että laaja-alaista ammattitaitoa.

Työntekijä ei aina ole vakuuttunut omasta asiantuntemuksestaan ja sen merkittävyydestä, kuten Sirviön (2006) tutkimuksessa tuli esille. Työntekijä koki oman toimintansa ja asemansa yhteistyössä epävarmaksi. Seuraavasta kuvauksesta ilmenee, että työntekijä saattoi jättää perheen asioita viemättä eteenpäin tai tarkistamatta, koska pelkäsi loukkaavansa toisen työntekijän asiantuntijuutta

> ”Jos jostakin otetaan yhteyttä, niin saattaa olla, että se koetaan semmosena toisen työhön puuttumisena. Ei osata ruveta asiallisesti keskustelemaan asiasta vaan ensimmäisenä tulee puolustuskanta. Esimerkiksi jos minä soitan jostakin lapsesta ja haluan tietoo, niin työntekijälle voi tulla semmonen tunne, että minä arvioin heidän työtään.”

Toisaalta työntekijä saattoi kokea toisen alan työntekijän yhteydenotot ja kysymykset oman osaamisensa ja asiantuntemuksensa arvosteluksi, jolloin vuorovaikutus työntekijöiden kesken epäonnistui.. Työntekijät toivat esille, että yhteistyötä esti myös se, että vanhemmat saattoivat loukkaantua ja kokea työntekijöiden välisen yhteistyön kontrol-

loinniksi ja yksityisyyden loukkaamiseksi. Sellaisessa tilanteessa yhteistyötä tai edes yhteydenottoa toiseen työntekijään ei pidetty vaivan arvoisena. Seuraavassa työntekijän kommentissa tulevat esille molemmat näkökulmat:

> ”Tai sitten jos meille soitetaan, niin meillä voi tulla puolustuskanta, että on kumma, ettei meihin luoteta. Ja sitten voi olla, että jätetään joku asia hoitamatta siinä pelossa, että vanhemmat suuttuu. Sanotaan vaan, että kaikki mennee hyvin. Päästään tavallaan vähemmällä.”

Yhteistyön vähyys johtuu osittain siitä, ettei yhteistyötä mielletä yksittäisen työntekijän ammatillisen kehittymisen välineeksi ja työntekijöiden tavoitteena on enemmän asiantuntemuksen säilyttäminen kuin sen kehittäminen erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisten yhteistyösuhteiden avulla. Nykyisen näkemyksen mukaan yksilön oman urakehityksen tulee olla yhtenevä työyhteisön tavoitteiden ja yhteisen hyvän kanssa. Jokaisen asiantuntemus on yleisessä käytössä ja osana työyhteisön tavoitteellista toimintaa. Jos organisaatiossa on vallalla yksilökeskeinen käsitys asiantuntemuksesta, moniammatillinen yhteistyö pysyy irrallaan työntekijän arkityöstä. Tärkeimpiä yhteistyön kehittymisen edellytyksiä ovat siis koko organisaation toiminnan rakenteen ja kulttuurin muutokset. Yksittäinen työntekijä ei voi kehittää moniammatillista työtä. (Esim. Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008.)

Lopuksi

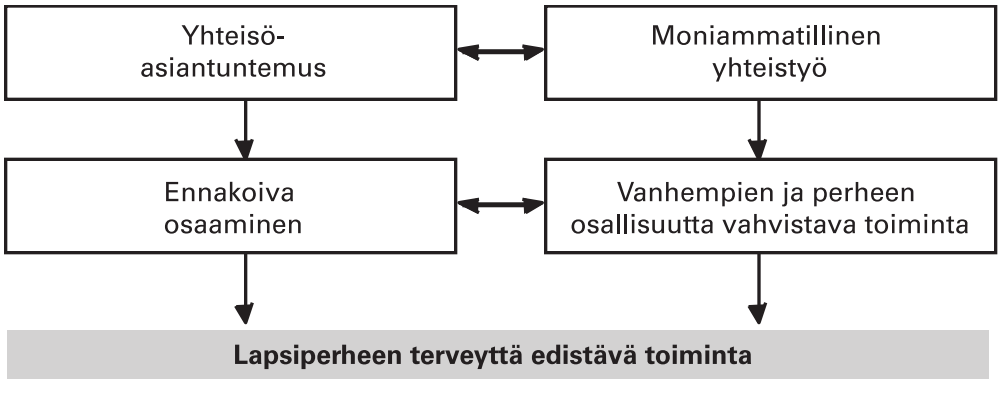
Tässä artikkelissa on tarkasteltu vanhempien ja perheen osallisuuden, ennakoivan osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön merkitystä lapsiperheen terveyttä edistävässä toiminnassa (kuva 2.8).

Lapsiperheiltä odotetaan nykyisin aikaisempaa enemmän valmiuksia sitoutua terveyttä edistävään toimintaan, vaikuttaa omaan ympäristöönsä, päätöksentekoonsa ja perhettään koskeviin asioihin sekä ottaa vastuuta myös toimintansa seurauksista. Silti lapsiperheitä ei välttämättä tueta tarpeeksi osallistumaan palveluiden suunnitteluun ja päätöksentekoon vaan perhettä ja vanhempia pidetään enemmän palve-

lujen vastaanottajina ja käyttäjänä, jolloin perheille jää vain valitsijan ja valittajan roolit. Toisaalta on myös niin, että palveluiden käyttäjät eivät tiedosta, mitä vapauksia, oikeuksia ja myös velvollisuuksia heillä on vaikuttaa yhteisiin ja omiin asioihin, vaan usein odotetaan, että asiantuntijat hoitavat ongelmien ratkaisun.

Ennakoivassa toiminnassa keskeistä on asiakkaana olevan perheen tarve. Ennakoivan osaamisen avulla on mahdollista löytää vanhempien ja perheiden olemassa olevat resurssit, jotka voidaan ottaa käyttöön ja perheiden voimaantumisen edistämiseksi. Ennakoiva osaaminen on kompetenssi, joka liittyy jokaisen ammattilaisen työtehtäviin ja jonka pitää näkyä palveluprosessien joka vaiheessa. Ennakoivaa osaamista onkin tärkeää arvioida, harjoitella ja kehittää systemaattisesti. Osaamisen kehittymiseksi on olennaista selkiyttää toimintatavat, joiden avulla on mahdollista vahvistaa perheen voimavaroja ja osallisuutta ja karsia pois toimintatapoja joista ei ole hyötyä perheen terveydelle ja hyvinvoinnille.

Jos eri alojen työntekijät eivät pidä yhteistyötä ja yhteisöllisen asiantuntemuksen kehittymistä tärkeänä, myös ennakoivan osaamisen työmenetelmien kehittyminen hankaloituu. Yhteisten päämäärien ja tavoitteiden selkiytyminen luo merkityksen myös yksittäisen työntekijän toimintaan.



Kuva 2.8 Lapsiperheen terveyttä edistävään toimintaan liittyviä tekijöitä.

➟ Tehtäviä

1. Mieti keinoja, joilla voit vahvistaa asiakkaanasi olevien vanhempien osallisuutta perheen terveyttä edistävässä toiminnassa.
2. Pohdi, miten asiakkaiden eri osallisuuden tasot vaikuttavat osallisuuden vahvistamisen menetelmiisi.
3. Mieti konkreettisia esimerkkejä ennakoivan osaamisen käytöstä omalla asiantuntemusalueellasi. Hyödynnä artikkelissa esitettyä kolmea palvelukokonaisuutta.
4. Pohdi, miten työntekijän ennakoivaa osaamista voitaisiin arvioida a) ennakoivan työotteen, b) ennakoivan toiminnan, c) yhteisösuuntautuneen työotteen ja d) yhteistoiminnallisuuden osa-alueilla. Kirjaa arviointikriteerejä kullekin osa-alueelle.
5. Pohdi kokemuksiasi moniammatillisesta yhteistyöstä. Mitkä tekijät edistivät yhteistyötä ja mitkä mielestäsi vaikeuttivat sitä?

Oheiskirjallisuutta

Aaltonen T. 2004. Autonomiaa ja osallistumista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 41, 176–184.

Armstrong R, Doyle J, Lamb C, Waters E. 2006. Multi-sectoral health promotion and public health: the role of evidence. Journal of Public Health 28, 2, 168–172.

Arnkil TE, Eriksson E, Arnkil R. 2003. Palveluiden dialogien kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavan verkostointiin. STAKES. Raportteja 253. Helsinki.

Arnkil TE, Alhanen K. 2009. ”Älkää ottako tätä karkkia pois”. Käsitteitä yhteiskunnallisen kokeen tutkimiseksi. Yhteiskuntapolitiikka 74, 3, 316–329.

Cusack L, Sealey-Lapes C. 2000. Clinical governance and user involvement. British Journal of Occupational Therapy 63, 539–546.

Forsberg H. 2003. Kriittistä näkökulmaa jäljittämässä. Teoksessa H. Forsberg & R. Nätkin (toim.). Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Gaudeamus Kirja, Helsinki, 7–15.

Hartrick G. 2000. Developing health-promoting practice with families: one pedagogical experience. Journal of Advanced Nursing 1, 27–36.

Heikkilä M, Kaakinen J, Korpelainen N. 2003. Kansallisen sosiaali-alan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11. Helsinki.

Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 184. Väitöskirja. Turun yliopiston hoitotieteen laitos.

Hurtig J. 2003. Lasta suojelemassa – etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 60. Lapin yliopisto.
Isoherranen K, Rekola L, Nurminen R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Helsinki.
Isopahkala-Bournet U. 2008. Asiantuntijuus kokemuksena. Aikuiskasvatus 2: 84–93.
Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L, Salmela M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. Patient Education and Counselling 51, 239–245.
Kekkonen M. 2004. Vanhemmuutta etsimässä ja tukemassa. Lapsiperheiden peruspalveluiden kehittäminen. STAKES. Raportteja 281. Helsinki.
Koskinen-Ollonqvist P, Aalto-Kallio M, Mikkonen N, Nykyri P, Parviainen H, Saikkonen P, Tamminiemi K. 2007. Rajoilla ja ytimessä, terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2007. Trio-Offset, Helsinki.
McKinstry B. 2000. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignette. British Medical Journal 321, 867–871.
Mitcheson J, Cowley S. 2003. Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. International Journal of Nursing Studies 40, 413–426.
Mäkinen M. 2009. Digitaalinen voimistaminen paikallisten yhteisöjen kehittämisessä. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 819. Tampereen yliopisto,Tampere.
Mönkkönen K. 2000. Ennalta estävä huumetyö. Poliisin ja sidosryhmien ennalta estävän työn mahdollisuudet ja ongelmat. Loppuraportti. Itä-Suomen lääninhallitus, poliisiosasto.
Mönkkönen K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Mönkkönen K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Edita Oy, Helsinki.
Paasivaara L, Suhonen M, Nikkilä J. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto, Sipoo.
Parviainen H, Laari L, Malinen L, Mikkonen N, Saikkonen P. 2007. Terveyden edistämisen barometri 2007. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskus.
Pietilä A-M, Varjoranta P, Matveinen M. 2008. Terveyttä edistävän toiminnan haaste on moninaisuus. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk.
Pihlström S. 2002. Ajattelu ja terveys: huomioita terapeuttisesta filosofiasta ja filosofisesta terapiasta. Teoksessa A-M Pietilä, T Hakulinen, E Hirvonen, P Koponen, E-M Salminen, K Sirola (toim.). Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki, 16–34.

Savola E, Koskinen- Ollonqvist P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3. Terveyden edistämisen keskus ry, Helsinki.
Say R, Murtagh M, Thompson R. 2005. Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. Patient Education and Counselling. In Press, Corrected Proof. Available online 18 March 2005.
Sirviö K. 2003. Lapsiperheet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina: työntekijöiden toiminta lapsiperheiden terveyden edistämisessä. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Sirviö K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä – mukana-olosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Sirviö K, Mönkkönen K, Hoffren T, Roine M, Lappalainen J. 2010. Ennakoiva osaaminen – toimintaa ennen erityistä. Malli ennakoivan toiminnan arviointiin ja kehittämiseen. Teoksessa P Ruuskanen, K Savolainen, M Suonio (toim.). Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. PS-kustannus, Jyväskylä.
Stivers T. 2004. Patient resistance: One way patients shape treatment decisions. Journal of Social Medicine 41, 199–213.
Suonsivu K. 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 926. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
Taanila A, Larivaara P. 2004. Perheet osaksi moniammatillista yhteistyötä – Moniammatillisen perhetyön koulutuksen arviointia. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 41, 228–239.
Virsiheimo T. 2003. Terveyden edistäminen vaatii asiantuntemusta ja asiakaslähtöistä vuorovaikutusta (Käypähoito). Sairaanhoitaja-lehti 9, 36–37.
Vuori J. 2003. Äitiyden ainekset. Teoksessa H. Forsberg & R. Nätkin (toim.). Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Gaudeamus Kirja, Helsinki, 39–63.

2.4
Toimintamalleja nuoren ja terveysalan ammattilaisen kohtaamisessa – tavoitteena päihteettömyyden edistäminen

Marjatta Pirskanen ja Anna-Maija Pietilä

Päihteettömyyden edistäminen edellyttää lasten, nuorten ja heidän perheidensä voimavarojen tunnistamista ja tukemista yksilö-, perhe- ja yhteisötasoilla. Päihteiden käyttö on merkittävä uhka nuorten terveydelle. Yksilöllinen varhainen puuttuminen ja keskustelu terveysalan ammattilaisen kanssa voi auttaa nuorta kriittiseen ajatteluun, tiedostettuun käyttäytymiseen ja tarpeen mukaan muutokseen.

Tässä artikkelissa kuvataan varhaisen puuttumisen toteuttamista nuorten päihteettömyyden edistämisessä. On tärkeää tunnistaa, että nuorten terveysvalinnat muotoutuvat nuorten sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä.

Nuoret terveysvalintoja tekemässä – tarvitaanko varhaista puuttumista?

Nuorten päihteiden käyttö on merkittävä terveysuhka niin maailmalla (Schinke ym. 2007, Brämsöm ym. 2007) kuin Suomessakin (Luopa ym. 2008). Vaikka suomalaisten nuorten päihteiden käyttö on kuluneen vuosikymmenen aikana vähentynyt, 14–15-vuotiaista oli vuonna 2007 ollut vahvassa humalassa vähintään kerran kuukaudessa 18 prosenttia, 6 prosenttia oli kokeillut huumausaineita ja 15 prosenttia tupakoi päivittäin (Luopa ym. 2008). Erityisen huolestuttavaa on polarisaatio eli haitallisten terveystottumusten kasautuminen tiettyihin nuorisoryhmiin. Tämä on merkittävä väestöryhmien välisten terveyserojen muodostumisen taustatekijä (STM 2008). Erot terveystottumuksissa ovat lukiolaisten ja ammatillisen koulutuksen välillä huomattavat. Vuonna 2007 ammatillisen koulutuksen opiskelijoista 37 prosenttia oli ollut vahvassa humalassa vähintään kerran kuukaudessa (lukiolaisista 26 %), 17 prosenttia oli kokeillut huumausaineita (lukiolaisista 10 %) ja 43 prosenttia tupakoi päivittäin (lukiolaisista 11 %) (Luopa ym. 2008, Pietikäinen ym. 2008).

Nuoret omaksuvat terveyteen, terveystottumuksiin ja päihteisiin liittyvät asenteet, taidot ja tiedot yhteisön, perheen ja ystävien sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä (Weitzman ym. 2003, Schinke ym. 2008). Aikuisten mallien mukaisesti nuorten valinnat vaihtelevat raittiudesta tai hillitystä kokeilusta runsaaseen, päihtymystä tavoittelevaan päihteiden käyttöön. Valinnat ovat sidoksissa myös nuoren elämäntilanteeseen, voimavaroihin ja taustatekijöihin, jotka voivat joko altistaa tai suojata nuorta. Sisäisistä voimavaroista tärkeitä ovat sosiaaliset taidot, itsetunto ja tieto. Ulkoisista voimavaroista tärkeimpiä ovat vanhempien ja ystävien tuki ja harrastusmahdollisuudet. (Pietilä ym. 2002, Bräström ym. 2007, Schinke ym. 2008.)

Veselska tutkimusryhmineen (2009) on määrittänyt useiden aiempien tutkimuksien pohjalta kuusi voimavarojen ulottuvuutta: 1) minäkäsitys (perception of self), 2) näkemys omasta tulevaisuudesta (perception of future), 3) jäsentynyt elämäntyyli (structured style), 4) sosiaaliset taidot (social competence), 5) perheen kiinteys (family cohesion) ja 6) sosiaalinen tuki (social resources). Yksilöllisen tuen varmistamiseksi on tärkeä tunnistaa nämä nuorten päihteiden käyttöön liittyvät suojaavat tai altistavat voimavarat. Tällöin voidaan tukea

yksilöllisten tarpeiden mukaan erityisesti niitä nuoria, joilla on muita suurempi riski päihdekokeilujen jatkamiseen (Fergus & Zimmerman 2005, Veselska ym. 2009).

Nuoret saavat tietoa päihteistä useilta tahoilta, esimerkiksi koulusta ja mediasta. He kuitenkin keskustelevat päihteistä aikuisten kanssa vain vähän (Holmila & Helasti 2001). Lisäksi aikuisten suhtautumista leimaa ristiriitaisuus. Osa vanhemmista on liian sallivia, kun taas toiset korostavat, että alle 18-vuotiaiden alkoholinkäyttö ja tupakointi ovat lainvastaisia. Näin nuoret opettelevat päihteiden käyttöä yrityksen ja erehdyksen kautta ikätovereidensa kanssa, jolloin kokeiluihin voi liittyä terveyttä vaarantavia tilanteita. Toisaalta nuoret kaipaavat tasa-arvoista ja ymmärtäväistä pohdintaa aikuisten kanssa vapaa-ajanvietosta ja alkoholin kohtuukäytöstä (Jaatinen 2000, Pirskanen 2007). Terveydenhoitaja voi olla turvallinen ja välittävä aikuinen, jonka kanssa nuori voi puhua näistä asioista, erityisesti, jos hän ei saa vanhemmiltaan riittävää huolenpitoa.

Edellä mainittujen näkökohtien pohjalta varhaisen puuttumisen mallin kehittäminen nuorten päihteettömyyden edistämiseksi on ollut aiheellista. Malli kehitettiin Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen (nyk. Itä-Suomen yliopisto) ”Nuorten päihteiden käyttö ja varhainen puuttuminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa” -tutkimus- ja kehittämishankkeessa vuosina 2003–2007. Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen toimintamalli todettiin tutkimuksen (Pirskanen 2007) perusteella soveltuviksi koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Mallia voidaan soveltaa myös nuorten päihde- ja mielenterveystyössä tai tapaturmien jälkihoidossa.

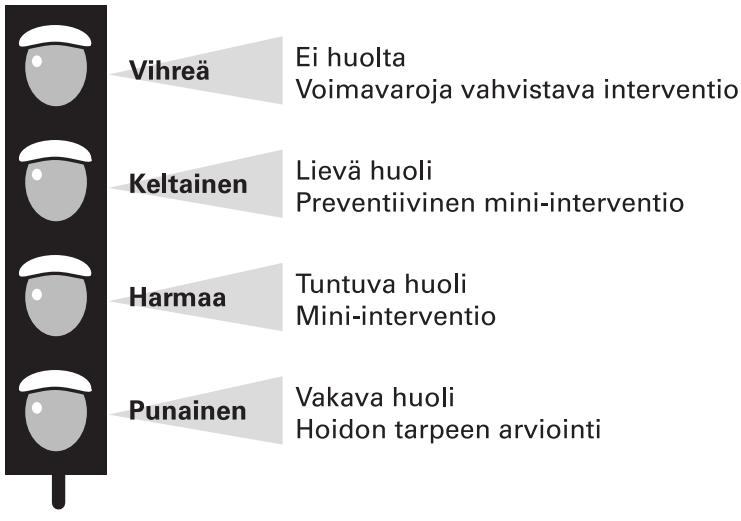
Mitä varhaisen puuttumisen malli sisältää?

Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi sisältää tutkimustulosten (Pirskanen 2007) perusteella kehitetyn Nuorten päihdemittarin (Adolescents’ Substance Use Measurement, ADSUME) ja varhaisen puuttumisen toimintamallin toimintakaavioineen ja interventiosuosituksineen. Kun malli otetaan käyttöön, on tärkeä sopia yhteisistä toimintakäytännöistä paikallisten yhteistyökumppanien (oppilashuolto, päihdesairaanhoito ja lastensuojelu) kanssa.

Nuorten päihdemittarissa on yhteensä 17 kysymystä. Päihteiden käytön määrää ja tiheyttä sekä päihteiden käytön seurauksia mittaavat kysymykset on pisteytetty (0–5 pistettä). Kysymyksillä 10–17 arvioidaan sosiaalista tukea ja altistumista. Päihteiden käyttö arvioidaan laskemalla pisteet yhteen (0–35 pistettä). Yhteispisteiden mukaan nuoren päihteiden käytössä voidaan tunnistaa neljä tasoa: 1) raittius tai kokeilukäyttö, 2) toistuva käyttö, 3) riskikäyttö ja 4) vaarallinen suurkulutus.

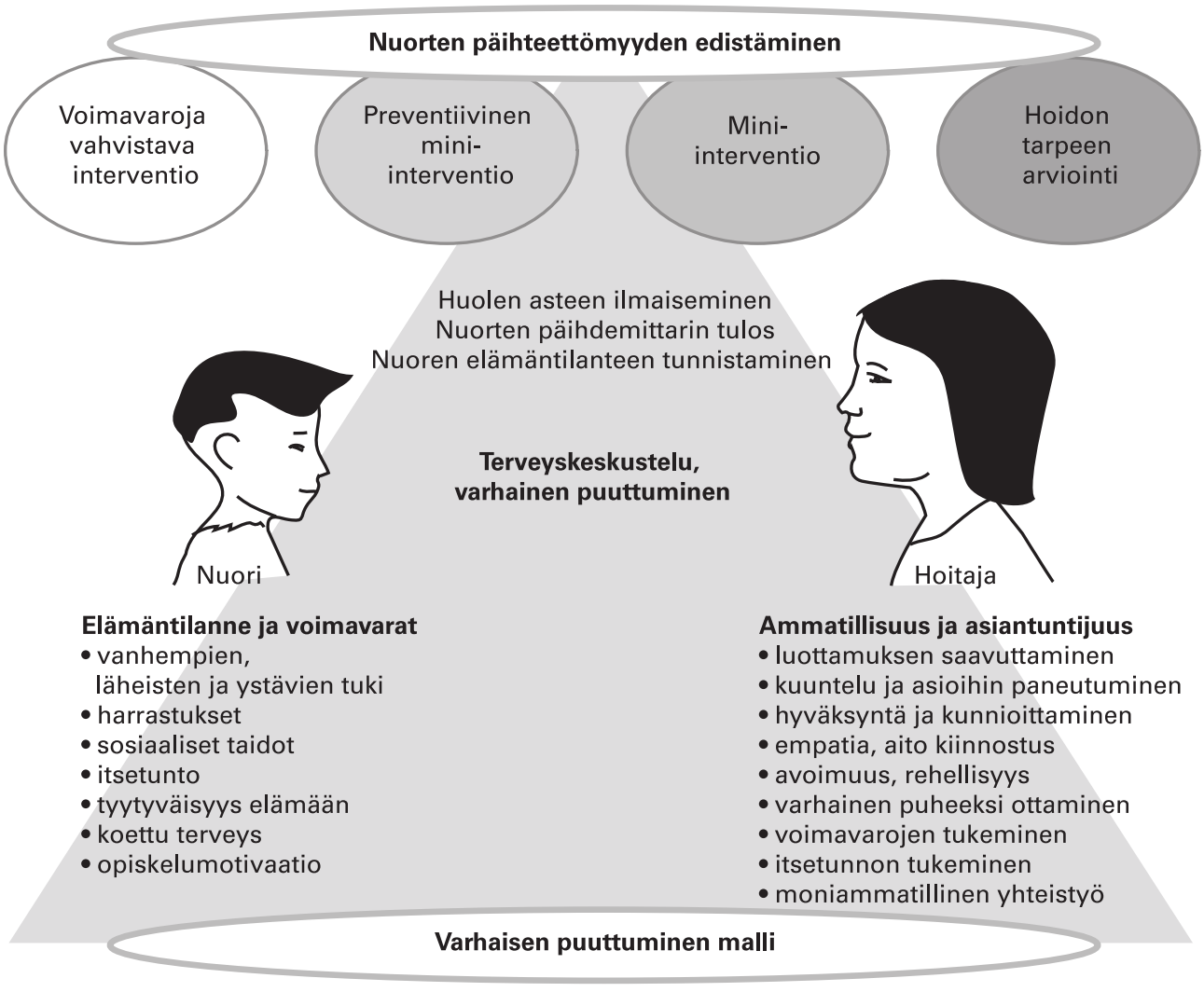
Nuorten päihdemittarin, voimavarojen ja toimintakaavion avulla havainnollistetaan prosessimainen päihteiden käytön tilannearvio ja toiminnan eteneminen. Tilannearvio perustuu päihdemittarin pisteiden ja terveyskeskustelun aikana terveydenhoitajalle tai lääkärille muodostuneeseen käsitykseen ja huoleen nuoren voimavaroista (vanhempien tai läheisten tuki, tieto päihteisiin liittyvistä asioista jne.). Lisäksi kaaviossa havainnollistetaan varhaisen puuttumisen eteneminen Nuorten päihdemittarin tuloksen perusteella sen mukaan, onko nuorella voimavaroja. Huolen vahvuus ja interventiosuositukset (kuva 2.9) havainnollistetaan liikennevaloja ja huolen harmaata vyöhykettä kuvaavin värein. Lisää huolen vyöhykkeistön käytöstä varhaisessa puuttumisessa on esitetty luvussa 2.7.

Toimintakaavio on laadittu auttamaan tilannearviota, varhaista puheeksi ottamista ja puuttumisen perustelua nuorelle. Nuoren kanssa voidaan pohtia yhdessä, kuinka tilanteesta edetään. Toimintakaavio selkiinnyttää myös tarvittavan seurannan ja yhteistyön toteuttamista. Toimintamallin käyttöön oton yhteydessä on tärkeä sopia paikallisten yhteistyökumppanien kanssa yhteisistä toimintalinjoista.



Kuva 2.9 Huolen vahvuus ja interventiosuositukset.

Varhaisen puuttumisen mallin tavoitteena on nuorten päihteettömyyden edistäminen. (Kuva 2.10). Alaikäisiä autetaan löytämään keinoja päihteiden käytön vähentämiseksi. Periaatteena on, ettei alaikäisten alkoholin tai muiden päihteiden käyttö ole hyväksyttävää. Päihteitä käyttäviä nuoria ei kuitenkaan syytellä eikä heitä uhkailla ilmoituksella vanhemmille tai viranomaisille, ellei nuoren elämäntilanteessa ole muuta huolestuttavaa. Riskikäytön tai vaarallisen suurkulutuksen yhteydessä nuorilta odotetaan vastuun ottamista käyttäytymisestään. Ellei muutosta tapahdu, perustellaan esimerkiksi yhteyden ottamista kotiin. Päihteiden käyttöä ei siis hyväksytä, vaikka siitä keskustellaan avoimesti ja ymmärtäväisesti. Taustalla ovat odotus alle 18-vuotiaiden nuorten päihteettömyydestä ja pyrkimys suojella nuoria päihteiden käytön haitoilta.



Kuva 2.10 Varhaisen puuttumisen mallin keskeiset sisällöt. (Mukailtu teoksesta Pirskanen 2007.)

Terveyskeskustelu – varhaisen tuen ydin

Varhaisen puuttumisen ydin on nuoren ja terveydenhoitajan yhteinen pohdinta ja tilannearvio. Terveystapaamisen aikana he arvioivat nuoren hyvinvointiin vaikuttavia voimavaroja (perheen tuki, ystävyyssuhteet, vapaa-aika ja harrastukset, koulumotivaatio, itsetunto, mieliala, tieto päihteistä jne.). Terveydenhoitaja ja nuori tarkastelevat nuoren vastauksia mittarin kysymyksiin ja arvioivat mittarin pistemäärää. Nuoren omat arviot tilanteesta (raittiuden, päihdekokeilujen tai -käytön edut ja haitat) ovat välttämätön osa tilanteen selvittelyä.

Terveydenhoitaja kertoo Nuorten päihdemittarin tuloksen ja terveyskeskustelun perusteella muodostuneen tilannearvionsa (ei huolta–vakava huoli) nuorelle luokittelematta tätä runsaankaan päihdekäytön yhteydessä riskiryhmään kuuluvaksi tai ”päihdeongelmaiseksi”. Lisäksi käsitteitä päihderiippuvuus tai päihdehäiriö ei käytetä, koska Nuorten päihdemittari ei sisällä riippuvuutta mittaavia kysymyksiä eikä diagnosointi kuulu koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Tämän vuoksi puhutaan päihteiden käyttöä kuvaavin käsittein esimerkiksi suurkulutus ja siihen liittyvä huoli.

Mini-intervention uudet muodot – promotiivinen ja preventiivinen keskustelu

Yhdessä pohtien toteutetaan tarvittava interventio: promotiivisena raittiille ja kokeilijoille, preventiivisenä mini-interventiona päihteitä toistuvasti käyttäville, mini-interventiona riskikäyttäjille ja hoidon tarpeen arviointina vaarallisen suurkulutuksen yhteydessä. Tavoitteena on tunnistaa nuoren voimavaroja kaikissa tilanteissa, myös vaarallisen suurkulutuksen yhteydessä, ja tukea nuoren terveyttä ja päihteettömyyttä edistäviä voimavaroja ja valintoja. Nuorten arvioita varhaisesta puuttumisesta ja tärkeistä päihteisiin liittyvistä keskustelun aiheista (Pirskanen ym. 2006) kuvataan seuraavalla sivulla. Lisäksi kuvataan erityisesti preventiiviseen mini-interventioon soveltuvan itsetunnon tukemisen menetelmiä ja uutena toimintamenetelmänä niin sanotun skeemamallin soveltamista (ks. esim. Corte & Zucker 2008, Veselska ym. 2009) sekä uusia tutkimustuloksia nuorten tulevaisuuteen ja päihteiden käyttöön liittyvistä näkemyksistä.

Nuorten arvioita terveyskeskustelusta

Nuorten kuvaukset siitä, mitä heille jäi mieleen päihdemittarin tulokseen perustuvasta keskustelusta terveydenhoitajan kanssa, voitiin ryhmitellä kuuteen ryhmään: ei muistikuvaa (55 %), keskustelu haitoista (17 %), positiivinen palaute (14 %), keskustelu eduista (6 %), liikaa neuvontaa (4 %) ja tupakoinnin lopettamisohje (4 %). ”Ei muistikuvaa” -ryhmään liittyi myös ilmaisuja keskustelun niukkuudesta, kiinnostamattomuudesta tai kysymyksistä ilman neuvoja. Sekä päihteitä vähän että runsaasti käyttävistä puolet ei muistanut keskustelusta mitään erityistä. ”Keskustelu haitoista” sisälsi varoituksia riskeistä, sammumisesta, tyttöjen seksuaalisesta hyväksikäytöstä, ikään liittyvistä rajoituksista ja riskiryhmään kuulumisesta, jos nuori tuntee huumeita käyttäviä. Raittiit tai päihteitä vähän käyttäneet saivat ”positiivista palautetta”, joka toi heille hyvää mieltä tai iloa (”Minulla oli loistava tulos”) ja tunteen hyvistä neuvoista mutta myös tunteen vähäisestä keskustelutarpeesta, koska he käyttivät vähän alkoholia. ”Keskustelu eduista” sisälsi pohdintaa päihteettömyyden terveydellisyydestä. Terveydenhoitaja saattoi olla huolissaan, mutta hän toi esille kohtuuannosten tai alkoholikokeilujen aikuisikään jättämisen edut. ”Liikaa neuvontaa” sisälsi kokemuksen tuttuudesta (”Kaiken tiesin jo”). Nuorten ilmaisut ”tupakoinnin lopettamisohjeista” sisälsivät vaikutelman lyhyistä käskyistä ja vähäisistä pohdinnoista.

Puoli vuotta terveyskeskustelun jälkeen enemmistö nuorista arvioi, että keskustelu terveydenhoitajan kanssa oli lisännyt heidän taitoaan ja tahtoaan huolehtia terveydestään entistä paremmin. Päihteitä vähän käyttävistä nuorista suurempi osa (87 %) kuin päihteitä runsaasti käyttävistä (65 %) uskoi osaavansa huolehtia terveydestään entistä paremmin vaarantamatta sitä päihteillä (p=0,003). Vastaavasti 16–18-vuotiaista pojista suurempi osa (83 %) kuin samanikäisistä tytöistä (56 %) arvioi, että terveyskeskustelu lisäsi heidän taitojaan huolehtia terveydestään (p=0,010).

Nuorista 65 prosenttia arvioi, että terveyskeskustelulla oli ollut vaikutusta heidän suunnitelmiinsa vähentää päihteiden käyttöä. Päihteitä runsaasti käyttävistä lähes puolet arvioi, ettei heillä ollut tarvetta vähentää päihteiden käyttöään. Toisaalta lähes puolet aikoi vähentää päihteiden käyttöään terveyskeskustelun jälkeen. Päihteitä runsaasti käyttävistä nuorista yksi kymmenestä arvioi, ettei keskustelu terveydenhoitajan kanssa vaikuttanut hänen käyttäytymiseensä mitenkään.

Päihteitä jonkin verran ja runsaasti käyttävien mielipiteet keskustelun vaikutuksesta heidän käyttäytymiseensä eivät eronneet (p=0,672).

Itsetunnon ja pätevyyden tunteen tukeminen

Itsetunto on ihmisen oma tunne tai käsitys siitä, miten hyvä hän on. Se voidaan määritellä minäkäsityksen ja minäihanteen tasapainoksi ja tunnetilaksi, jolloin ihminen arvostaa itseään ja pitää omaa elämäänsä arvokkaana. Itsetunto muodostuu kokemusten pohjalta ja se voi vaihdella elämäntilanteiden ja kokemusten myötä. Sosiaaliset taidot ja muilta ihmisiltä saatu hyväksyntä ja kannustus vahvistavat itsetuntoa. (Keltikangas-Järvinen 2006.) Veselska totesi tutkimusryhmässään (2009), että negatiivinen itsetunto altisti erityisesti poikia tupakointiin ja kannabiksen käyttöön. Nuoren itsetunnon tukeminen on siis tärkeä terveyden edistämisen menetelmä.

Itsetuntoa voidaan tukea sen eri ulottuvuuksien kautta. Niitä ovat esimerkiksi merkittävyyden, pätevyyden ja hallinnan tunne, eettisesti hyväksyttävä toiminta, fyysisen olemuksen hyväksyntä sekä sosiaalisen selviytymisen tunne. Nuoren merkittävyyden tunne vahvistuu, kun hänelle osoitetaan hyväksyntää, kunnioitusta ja positiivista palautetta ja tunnistetaan hänen vahvuuksiaan. Pätevyyden ja hallinnan tunne vahvistuu voimavarojen löytämisen, vahvuuksien osoittamisen ja toivon, myönteisen palautteen ja onnistumisesta palkitsemisen avulla. Fyysisen olemuksen hyväksymistä taas vahvistavat myönteisten puolien tunnistaminen ja tieto nuoruusikään liittyvistä kehityseroista. Yhteinen pohdinta hyvää oloa tuottavasta jokapäiväisestä konkreettisesta toiminnasta (esim. ulkoilusta, lukemisesta, nukkumisesta, rentoutumisesta) on myös tärkeää. Sosiaalisen selviytymisen kannalta keskustelut ystävyyssuhteiden luomisesta ja säilyttämisestä sekä ristiriitatilanteissa selviytymisestä voivat vahvistaa itsetuntoa. (Pirskanen ym. 2001, Siitari ym. 2003.)

Skeemamallista vahvistusta päihteettömyyttä edistäville tulevaisuuden haaveille ja tavoitteille

Nuoren päihteettömyyden edistämisessä voisi soveltaa myös skeemamallia (Stein 1995, Stein & Corte 2008, Corte & Zucker 2008, Veselska ym. 2009). Skeemamalli pohjautuu minäkäsitykseen ja itsetuntoon se-

kä itseä koskeviin kognitioihin, minäkuvan tiedolliseen puoleen. Corte ja Zucker (2008) totesivat minäkäsitykseen liittyvän skeemamallin yhteyden nuorten päihteiden käyttöön. Skeema (schéma, kaava, luonnos) on kognitiivisen psykologian mukaan sisäisesti organisoitunut psyykkinen muistirakenne, joka on syntynyt oppimisen ja kokemuksen myötä. Skeemat ovat minäkäsitykseen liittyviä sosiaalisissa tilanteissa opittuja kaavoja, jotka koskevat fyysisiä ominaisuuksia, sosiaalisia rooleja, arvoja ja asenteita tai kiinnostuksen kohteita ja toimintoja. Positiiviseen minäkäsitykseen liittyvät skeemat toimivat voimavaroina ja negatiiviset skeemat opittuna haittana. Skeemat (esim. minäkäsitys, näkemys tulevaisuudesta) ohjaavat käyttäytymistä myönteiseen tai kielteiseen suuntaan. Esimerkiksi Veselska (2009) totesi tutkimusryhmässään, että nuoren jäsentynyt elämäntilanne suojeli päihteiden käytöltä mutta hyvät sosiaaliset taidot (kyvykkyys) altistivat tupakointiin ja kannabiksen käyttöön. Tämä selittyi siitä, että sosiaaliset taidot ohjasivat nuoria tilanteisiin, joissa päihteet olivat tärkeä osa sosiaalista kanssakäymistä. Lisäksi negatiivinen minäkäsitys oli yhteydessä erityisesti poikien päihteiden käyttöön.

Skeemamallin mukaan (Stein 1995, Veselska ym. 2009) hoitaja voi pyytää nuorta miettimään, miten tämä kuvaisi itseään nyt ja tulevaisuudessa, ja listaamaan seuraavaa vuotta koskevia toiveitaan, unelmiaan ja pelkojaan. Omien mahdollisuuksien tunnistaminen ohjaa ja motivoi käyttäytymistä tavoitteiden suuntaisesti. Tavoitteita voidaan tietysti asettaa pidemmäksikin ajaksi. Hoitaja voi auttaa nuorta tunnistamaan esimerkiksi tämän nykyiseen käyttäytymiseen liittyviä riskejä (toleranssin kasvaminen ym.) suhteessa tavoitteena olevaan hallittuun alkoholin kohtuukäyttöön aikuisiällä.

Mitä nuoret toivovat tulevaisuudelta?

Varhaisen puuttumisen mallin kehittämiseen liittyvän tutkimuksen (Pirskanen 2007) yhteydessä nuorilta kysyttiin skeemamallin mukaisesti tulevaisuuden haaveita. Nämä kysymykset esitettiin puoli vuotta intervention jälkeen. Nuoria pyydettiin ajattelemaan elämäänsä eteenpäin ja kuvailemaan, millaisia he haluaisivat olla viiden vuoden kuluttua. Lisäksi nuoria pyydettiin kuvailemaan, millaista heidän päihteiden käyttönsä olisi silloin, jos päihteiden käyttö kuuluisi heidän elämäntapoihinsa.

Nuorten tulevaisuuden haaveisiin kuului terveellinen, hyvä ja onnellinen elämä, johon liittyi ystäviä tai seurustelua poika- tai tyttöystävän kanssa sekä osalla jo oma perhe tai lemmikkieläin. He arvioivat, että viiden vuoden kuluttua he ovat opiskelemassa tai työelämässä. Osa painotti enemmän materiaalisia tavoitteita, omaa autoa, isoa asuntoa tai rikkautta. Osa nuorista taas kuvasi nähneensä alkoholiongelmia lähipiirissään ja uskoi, ettei itse joudu vastaaviin ongelmiin. Nuorten tulevaisuuteen liittyvät skeemat voidaan ryhmitellä kolmeen tavoitteeseen: 1) raittius, 2) hallittu ja sivistynyt alkoholin käyttö, 3) sosiaalinen alkoholin käyttö, joka rohkaisee juhlatunnelmaan ja tutustumaan uusiin ihmisiin.

Raittiit nuoret:
Poika (207), 17 v.: Ei kuulu päihteet ja piste. Todennäköisesti olen työssä käyvä terve ihminen.
Tyttö (72), 14 v.: Haluan olla raitis. En tupakoi, juo tai käytä päihteitä. Joskus saatan nauttia siiderin, jos joku kaveri on kylässä ja minä tarjoan jotain juotavaa.
Tyttö (90), 17 v.: En halua käyttää tupakkaa, mutta alkoholia käytän sivistyneesti, ilman humalaa.

Alkoholia toistuvasti käyttäneet nuoret:
Tyttö (244), 17 v.: Minulla on työ, asunto ja elämänkumppani. Elämme onnellisesti yhdessä suunnitellen tulevaisuutta. Käymme aina silloin tällöin juhlimassa ja saunailtoina otamme saunaoluet.
Tyttö (237), 18 v.: Tuskin alkoholitottumukseni tästä muuttuvat. Olen joutunut näkemään ja kestämään niin paljon alkoholismia, että se tulee jo korvista ulos. Näen punaista, kun näen humalaisen miehen heiluvan kaupungilla ahdistelemassa ja jututtamassa pikkutyttöjä.

Alkoholia vaarallisen suurkulutuksen mukaisesti käyttäneet nuoret:
Tyttö (106), 15 v. (joi kahdeksan alkoholiannosta niinä päivinä kuin joi, arvioi oman käyttönsä hyvin hallituksi ja vähäisemmäksi kuin muiden ikäistensä alkoholin käytön): Silloin tällöin kavereiden kanssa käyn juhlimassa juoden alkoholia. Olen yhtä terve kuin tähänkin asti. Pelaan jalkapalloa ja minulla on paljon hyviä

ystäviä. No, minulle voi käydä niin kuin isälleni, vaikka tiedän sen päässäni että niin ei käy! Isäni on nimittäin alkoholisti.

Poika (27), 14 v. (tupakoi, käyttää runsaasti alkoholia ja on ennen interventiota käyttänyt myös lääkkeitä ja huumausaineita): Ei todellakaan kivaa, olisin varmaan jo kuollut.

Tyttö (86), 17 v. (tupakoi, käyttää runsaasti alkoholia ja kannabista, arvioi päihteiden käyttönsä hallituksi ja kohtuulliseksi): Olen opiskelemassa jossain toisessa kaupungissa ja mulla on oma asunto. Tupakoinnin lopetan viimeistään sitten kun olen raskaana, mutta en aio olla vielä tuon ikäisenä. luultavasti juon silloin tällöin ja poltan pilveä silloin tällöin.

Tyttö (227), 16 v. (arvioi päihteiden käyttönsä sopivaksi): Uskon käyttäväni edelleen alkoholia, mutta kohtuuden rajoissa… siis ehkä silloin tällöin hauskanpitoon, esimerkiksi kerran kahdessa kuukaudessa ystävien seurassa.

Varhaisen puuttumisen monet ulottuvuudet

Varhaisen puuttumisen malli perustuu hoitajan ammatillisuuteen ja asiantuntemukseen, jossa korostuvat luottamuksen saavuttaminen, nuorten kunnioittaminen, empatia ja avoimuus (kuva 2.10). Hoitajilta edellytetään muun muassa vaikeiden asioiden puheeksi ottamisen ja mini-intervention taitoja sekä kykyä tukea nuoren itsetuntoa ja voimavaroja. Lisäksi tarvitaan huolellista luottamuksellisuuden, vaitiolovelvollisuuden ja ilmoitusvelvollisuuden arviointia, jos ”lapsi käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään” (Lastensuojelulaki 417/2007, 25§, 34§). Lastensuojelulaissa (6 §) lapsena pidetään alle 18-vuotiasta ja nuorena 18–20-vuotiasta.

Varhaisen puuttumisen malli perustuu yhteisön arvoihin, kunnan ja koulun terveystiedon opetussuunnitelmaan sekä terveyden ja päihteettömyyden edistämisen strategioihin ja toimintaohjelmiin. Nuorten terveyden ja päihteettömyyden edistämisessä voidaan onnistua, kun tiedostetaan lähiyhteisön kulttuuri ja asenteet sekä yhteiskunnallisten päätösten merkitys.

Nuorten päihteiden käytön arvioinnissa on tärkeä välttää nuoren leimaamista tai luonnehtimista johonkin riskiryhmään kuuluvaksi. Tämän pohjalta toimintamallin kehittämisen lähtökohdaksi valittiin aikuisen huoli päihteiden käytöstä. Päihdemittarin pisteytys, arvio päihteiden käytöstä ja ohje tarvittavista toimenpiteistä sidottiin Arnkilin ja

Erikssonin kehittämään ”huolen harmaa vyöhyke” -malliin. Voimavaralähtöisen lähestymistavan mukaisesti annetaan myönteistä palautetta myös vaikeissa tilanteissa ja ratkaisukeinoja etsitään yhdessä.

Terveydenhuollon asiantuntija voi olla turvallinen ja välittävä aikuinen, jonka kanssa nuori voi puhua päihteiden käyttöön liittyvistä asioista. Kuitenkin tutkimuksen (Pirskanen 2007) mukaan asiantuntijan palaute ja tuki saisi olla nykyistä konkreettisempaa, koska nuorten arvio omasta päihdekäytöstään on hyvin epärealistinen ja koska vain puolet nuorista arvioi saaneensa tukea päihteiden käyttönsä vähentämiseen. Aikaisempienkin tutkimusten mukaan tiedetään, että asiakkaat odottavat terveystottumuksiin liittyviä ohjeita (Duaso ym. 2002) ja esimerkiksi alkoholin suurkuluttajista vain 2 prosenttia arvioi varhaista puuttumista kielteisesti (Aalto ym. 2002). Myös Brown ja Wissow (2007) totesivat tutkimuksessaan, että 11–16-vuotiaat nuoret kokevat lääkärien ja hoitajien kysymykset sensitiivisistä aiheista myönteisiksi. Sensitiivisiksi aiheiksi nimettiin esimerkiksi huumeet, alkoholi, tupakka, seksuaalisuus, syntyvyyden säännöstely, mieliala tai perheen ongelmat. Kun lääkärit ja hoitajat ottivat puheeksi nämä henkilökohtaiset aiheet, keskustelu vahvisti nuorten luottamusta hoitajiin ja lisäsi nuoren vastuunottoa omasta terveydestään.

➟ Tehtäviä

1. Pohtikaa esimerkkejä nuorten ohjaustilanteista, joissa voitaisiin soveltaa varhaisen puuttumisen periaatteita.
2. Mitkä ovat mielestänne varhaisen puuttumisen mallin vahvuudet, ja mihin ne perustuvat?
3. Miettikää ryhmässä, millaiset mahdollisuudet on muuttaa nykyistä asenneilmastoa päihteiden käyttöä kohtaan.
4. Millaisia eettisiä näkökohtia sisältyy varhaisen puuttumisen mallin mukaiseen toimintaan?

Oheiskirjallisuutta

Aalto M, Pekuri P, Seppä K. 2003. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. Drug and Alcohol Dependence 69(1), 9–14.

Brown JD, Wissow LS. 2009. Discussion of Sensitive Health Topics with Youth During Primary Care Visits: Relatoinship to Youth Perceptions of Care. Journal of Adolescent Health 44, 48–54.

Brämsöm R, Sjöström E, Andersson S. 2007. Individual, group and community risk and protective factors for alcohol and drug use among Swedish adolescents. European Journal of Public Health, 18 (1), 12–18.

Corte C, Zucker RA. 2008. Self-concept disturbance: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. Addictive Behaviors 33, 1282–1290.

Duaso MJ, Cheung P. 2002. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? Journal of Advanced Nursing 39(5), 472–479.

Fergus S, Zimmerman MA. 2005. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. Annual Review of Public Health 26, 399–419.

Holmila M, Helasti K. 2001. Sallia vai kieltää? Vanhempien käyttämät keinot 15-vuotiaitten päihdekasvatuksessa. Yhteiskuntapolitiikka 66(2), 169–172.

Jaatinen J. 2000. Viattomuuden tarinoita. Nuoret päihdekulttuurinsa kuvaajina. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 251. Gummeruksen kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Keltikangas-Järvinen L. 2006. Hyvä itsetunto. WSOY, Helsinki.

Lastensuojelulaki 417/2007. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070417

Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. 2008. Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Stakesin raportteja 23/2008. Helsinki. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R23-2008-VERKKO.pdf

Pietikäinen M, Luopa P, Sinkkonen A, Markkula J, Jokela J, Puusniekka R. Kouluterveyskysely 2007 ammatillisissa oppilaitoksissa Kainuun maakunnassa ja Oulun seudulla. Stakesin raportteja, Helsinki. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R3-2008-VERKKO.pdf

Pietilä A-M, Eirola R & Vehviläinen-Julkunen K. 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M ja Siirola K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Pirskanen M, Pietilä A-M, Pelkonen M. 2001. Nuorten masennus ja itsetuntoa vahvistava tuki. Kyselytutkimus nuorilla terveydenhoitajalta saadusta tuesta. Hoitotiede 13(2), 106–116.

Pirskanen M, Pietilä A-M, Laukkanen E. 2006. Nuoret ja päihteisiin liittyvä terveyskeskustelu - varhaisen puuttumisen menetelmien kehittäminen koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Hoitotiede 18(2), 58–68.

Pirskanen M. 2007. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 140. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Schinke SP, Fang L, Cole KCA. 2008. Substance Use Among Early Adolescent Girls: Risk and Protective Factors. Journal of Adolescent Health 43, 191–194.

Stein K. 1995. Schema model of self-concept. IMAGE; Journal of Nursing Scholarship 27(3), 187–193.

Stein KF, Corte C. 2008. The identity impairment model: a longitudinal study of self-schemas as predictors of disordered eating behaviors. Nursing Research 57(3), 182–190.

Siitari T, Pelkonen M, Pietilä A-M. 2003. Lapsen itsetunnon tukeminen hoitotyön menetelmin lastenpsykiatrisessa hoitosuhteessa. Hoitotiede 15(1), 14–22.

STM. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki. http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/tervero_ohjelma.pdf

Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk Jp, Sijmen A. Reijneveld SA. 2009. Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. Addictive Behaviors 34, 287–291.

Weitzman ER, Nelson TF, Wechler H. 2003. Taking up binge drinking in college: the influences of person, social group, and environment. Journal of Adolescent Health 32(1), 26–35.

2.5 Työikäisten terveyden edistäminen – esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista

Maria Rautio ja Päivi Husman

Työikäisten terveyden edistäminen on luonteeltaan monien eri toimijoiden ja viranomaisten tiivistä yhteistyötä. Yhteiskunnallisena tavoitteena on työvoiman saatavuuden ja työn tuottavuuden turvaaminen. Terveyden edistämisen lähtökohtana on luoda riittävät rakenteelliset ja taloudelliset edellytykset yksilöiden ja yhteisöjen terveyttä edistäville valinnoille. Yksilöillä kyse on elämän perusedellytysten olemassa olosta. Niihin voidaan lukea yhteiskunnan jäsenyys koulutuksen, työn tai muun toiminnan kautta, omien kehittymismahdollisuuksien hyödyntäminen sekä itsensä toteuttaminen myös muilla elämänalueilla. Yhteisöjä, joihin yksilö jäsenenä kuuluu, voidaan pitää ympäristöinä, joissa luodaan paitsi konkreettisia edellytyksiä terveydelle myös terveyttä edistävää kulttuurista ilmapiiriä.

Seuraavassa tarkastellaan terveyden edistämisen toimintamalleja ja menetelmiä yksilön, yhteisöjen ja yhteiskunnan näkökulmasta.

Näkökulmia työikäisten terveyteen ja hyvinvointiin

Työikäisiksi katsotaan tässä 18–68-vuotiaat. Terveydenhuollon palvelujärjestelmän lähtökohdasta arvioituna heillä on mahdollisuus saada kokonaisvaltaisia terveydenhuollon palveluja opiskelija- ja varusmiesterveydenhuollosta tai työterveyshuollosta. Työttömille ja työkyvyttömyyseläkkeellä oleville palveluja tuottavat perusterveydenhuolto ja yksityissektorin palveluntuottajat. Tällöin kyse on lähes yksinomaan sairaanhoidosta.

Keskeisimpiä työikäisten kansanterveydellisiä haasteita ovat tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, mielenterveyshäiriöt (etenkin masennus), sydän- ja verisuonitaudit sekä tyypin 2 diabetes. Vain sydän- ja verisuonitautien suhteellinen määrä on vähentynyt jo usean vuoden ajan, kun otetaan huomioon sairauspoissaolojen ja ennenaikaisten työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisen perusteina olleita työkyvyttömyyden aiheuttajia (Kelan sairausvakuutustilasto 2007).

Työn ja terveyden välillä on selvä yhteys. Koulutustaso ja haastavat monipuoliset asiantuntijatehtävät ovat yleensä yhteydessä hyvään terveyteen, kun taas matala koulutustaso ja suorittava työ ovat yhteydessä heikkoon terveyteen, varhaiseen eläkkeelle jäämiseen ja kuolleisuuteen. (Kauppinen ym. 2007.) Työhön liittyviä kuormitus- ja epävarmuustekijöitä merkittävämpi haitta terveydelle on kuitenkin työn puute (Palosuo ym. 2007). Paljon keskustelua on käyty myös määräaikaisten ketjuuntuvien työsuhteiden vaikutuksesta työikäisten hyvinvointiin. Näyttää siltä, että merkittävin vaikutus terveyteen on ongelmilla, jotka liittyvät elämän pitkäjännitteiseen suunnitteluun, perheen perustamiseen, taloudelliseen turvallisuuteen ja sosiaalisten verkostojen rakentamiseen. Kaikilla näillä tekijöillä on merkitystä elämän hallinnan teorioiden pohjalta tarkasteltuna merkityksellisyyden ja ennustettavuuden kannalta (Siitonen 1999, Eronen ym. 2002). Perheellä ja toimivalla parisuhteella sekä sosiaalisella verkostolla on puolestaan merkitystä, etenkin kun arvioidaan miesten terveyttä väestötasolla. Yksin elävät epävakaissa työsuhteissa tai työttömänä elävät miehet voivat keskimäärin muita ikäisiään huonommin. (Eronen ym. 2002.)

Terveystottumuksista etenkin päihteiden riskikäyttö, ylipaino ja liikunnan vähäisyys tai sen puute ovat merkittäviä taustatekijöitä useille edellä esitetyille kansanterveydellisille ongelmille. Tutkimuksissa

on saatu alustavia viitteitä siitä, että pitkään jatkuva psyykkinen ylikuormitus ja stressi toimivat vastavoimina terveystottumusmuutosten myönteisille vaikutuksille fysiologisella tasolla (Kallio ym. 2009). Näyttääkin siltä, että terveyttä edistävän toiminnan suunnittelussa on tärkeää ottaa lähtökohdaksi tasapaino levon, aktiivisuuden, ravitsemuksen, liikunnan, sosiaalisten suhteiden ja työn välillä. Taustalla on tunnistettavissa etenkin 1980-luvulla vallinnut käsitys ihmisestä holistisena kokonaisuutena. (Rauhala 1989.)

Työllä ja työpaikalla on sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia yksilön terveyteen. Terveyttä edistettäessä voidaankin puhua työhyvinvoinnista, joka käsitteenä kattaa kaikki ne tekijät, joilla on vaikutusta työntekijän terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn. Työntekijöiden yhteydessä puhutaan tällöin henkilökohtaisista ominaisuuksista, terveydentilasta, koulutuksesta, ammatillisesta osaamisesta ja motivaatiosta, oppimisvalmiuksista ja sosiaalisista taidoista. Työoloihin liittyvinä tekijöinä huomioidaan fyysinen työympäristö, työajat, työn organisointi, johtamiskäytännöt, työturvallisuus, työssä oppimisen ja kehittymisen mahdollisuudet sekä rakenteelliset edellytykset tehdä terveyden kannalta myönteisiä valintoja, kuten ruokailumahdollisuus työaikana, ennaltaehkäisyä korostava päihdeohjelma ja varhaisen tuen käytännöt.

Yksi merkittävimmistä tutkimuksellisista haasteista 2000-luvun alussa on ollut tuottavuuden ja hyvinvoinnin välisten yhteyksien osoittaminen yksilö-, organisaatio- ja yhteiskuntatasolla. Yhteyden osoittaminen on tärkeää, kun perustellaan terveyteen ja hyvinvointiin tehtävien panostusten merkitystä niin poliittisille päättäjille kuin yritysten johdolle. Yritys- ja organisaatiotasolla kiinnostus on kohdistunut erityisesti tuottavuuden ja hyvinvoinnin väliseen yhteyteen.

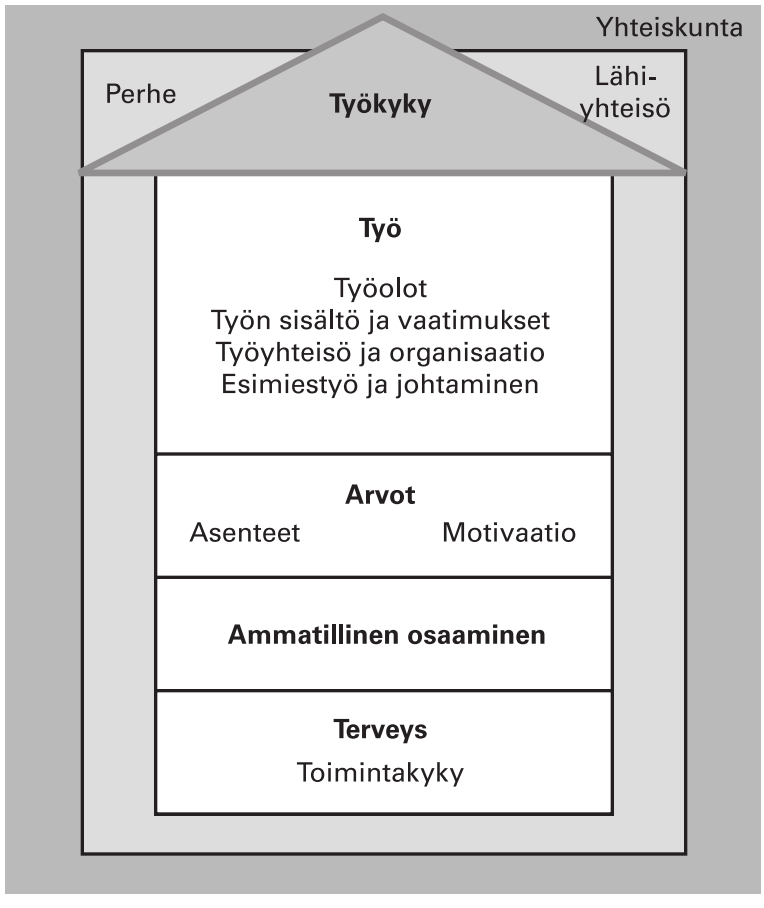
Seuraavassa kuvataan työikäisten terveyden edistämiseen liittyviä teoreettisia lähtökohtia ja malleja, joitakin menetelmiä terveyden ja työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi sekä yhteiskunnallisen vaikuttamisen ja päätöksenteon mahdollisuuksia ja merkitystä. Tarkastelun ulkopuolelle rajataan opiskelijoiden ja varusmiesten terveyden edistäminen. Monia tässä esimerkkinä esiteltyjä menetelmiä on kuitenkin hyödynnetty myös opiskelijaterveydenhuollossa. Työttömien ja työelämän ulkopuolella olevien terveyden edistämistä ollaan tätä kirjoitettaessa vasta organisoimassa ja suunnittelemassa. Näyttää kuitenkin siltä, että systemaattisen terveyden edistämisen ulkopuolelle jäävät tulevaisuudessakin ne työikäiset, joiden työelämään palaamisen edellytykset

ovat heikot tai joilla on jokin sellainen sairaus, että heille on myönnetty ennenaikainen työkyvyttömyyseläke. Keskeistä tarkastelussa on eri tasoilla tapahtuvan toiminnan, ihmisten osallistamisen, edellytysten luomisen ja yhteistyön tärkeyden tiedostaminen.

Terveyden edistämisen menetelmälliseen kehittämiseen liittyviä malleja ja teoreettisia lähtökohtia

Terveys ja hyvinvointi työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen näkökulmasta

Professori Juhani Ilmarinen on kehitellyt jo usean vuosikymmenen ajan tutkijaryhmänsä kanssa mallia, joka kuvaisi mahdollisimman kattavasti ihmisen terveyteen sekä työ- ja toimintakykyyn vaikuttavia ulottuvuuksia ja niiden keskinäisiä suhteita. Mallista käytetään yleisesti nimeä Työkykytalo (kuva 2.11).



Kuva 2.11
Työkykytalo.
(Ilmarinen 2009.)

Työkykytalo-mallissa ajatellaan, että talon eri kerrokset tukevat toisiaan. Työkyvyssä on mallin mukaan kysymys ihmisen voimavarojen ja työn välisestä yhteensopivuudesta ja tasapainosta. Työkykytalo toimii ja pysyy pystyssä, kun kaikki kerrokset tukevat toisiaan. Iän myötä tapahtuu merkittäviä muutoksia alemmissa, yksilön voimavaroja kuvaavissa kerroksissa. Neljäs kerros, työ, muuttuu nopeasti eikä aina ota riittävästi huomioon ihmisen edellytyksiä vastata muutoksiin. Mallissa usein liian raskaaksi kasvanut neljäs kerros painaa alakerroksia huonoin seurauksin. (Ilmarinen 2009.)

Työkykytalo-mallissa talon kaikkia kerroksia tulee kehittää jatkuvasti työelämän aikana. Tavoitteena on kerrosten yhteensopivuuden turvaaminen ihmisen ja työn muuttuessa. Yksilön katsotaan olevan omien edellytystensä rajoissa päävastuussa omista voimavaroistaan. Työnantaja ja esimiehet ovat puolestaan päävastuussa työstä, työn organisoinnista ja työoloista. Työkykyä ylläpitävässä toiminnassa eri osapuolten ja tukiorganisaatioiden (mm. työterveyshuolto, työsuojelutoimikunta) yhteistyö tuo parhaimman tuloksen. Työnantaja voi tukea monin eri tavoin yksilön voimavarojen vahvistumista. Työntekijä puolestaan voi omalta osaltaan osallistua aktiivisesti oman terveytensä, työnsä ja työyhteisönsä hyvinvoinnin edistämiseen. Työkykytaloa ympäröivät perheen, sukulaisten ja ystävien verkostot ja laajemmin tarkasteltuna yhteiskunnan rakenteet, lait ja säädökset, palvelut ja niiden saatavuus sekä ympäristöön ja talouteen liittyvät tekijät. Vastuu yksilön terveydestä ja työ- ja toimintakyvystä jakaantuukin näin viime kädessä yksilön, yrityksen tai organisaation ja yhteiskunnan kesken. (Ilmarinen 2009.)

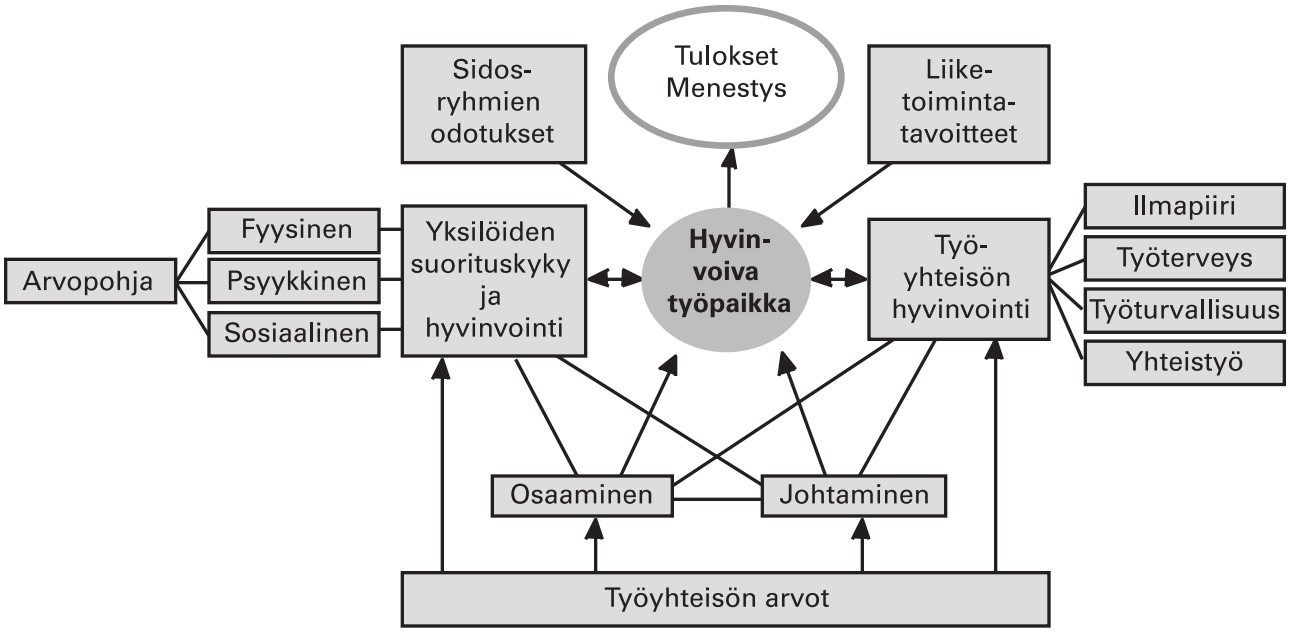
Mallin näkökulma on hyvin työkykykeskeinen. Lähtökohtana on ollut työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen ulottuvuuksien hahmottaminen ja kokonaisvaltaisen kuvan muodostaminen. Taustalla on ollut ajatus työuran pidentämismahdollisuuksista, joka on nostettu keskeiseksi kansalliseksi tavoitteeksi.

Terveyden, hyvinvoinnin ja tuottavuuden yhteydet

Otala (2005) tarkastelee rakentamassaan mallissa (kuva 2.12) asiaa yrityksen ja organisaation kannalta hieman toisesta näkökulmasta. Hän ottaa huomioon myös tuottavuutta sekä yksilön ja yrityksen menestystä koskevat vaatimukset. Yksilön hyvinvoinnin edellytyksiä tarkasteltaessa on huomioitava paitsi yhteiskunnalliset tavoitteet (esim. Terveys

2015 -kansanterveysohjelma) myös sidosryhmien odotukset ja yrityksen tai organisaation liiketoimintatavoitteet. Otala nostaa arvot hyvinvoivan työpaikan ja hyvinvoivan yksilön perustaksi, jolle muut tekijät rakentuvat. Mallissa puhutaan yksilön suorituskyvystä, joka viittaa yksilön kykyyn työskennellä tuloksellisesti, eikä niinkään terveydestä tai työkyvystä. Työyhteisön hyvinvointia kuvataan ilmapiirin, työterveyden, työturvallisuuden ja yhteistyön ulottuvuuksilla. Yritys- tai organisaatiotasolla keskeiseen asemaan nostetaan osaaminen ja johtaminen.

Malli tarjoaa hyvän mahdollisuuden analysoida työpaikkaa useasta eri näkökulmasta. Se tuo tarkasteluun vahvasti mukaan työn tuloksellisuuden, jota nykyisin tuskin voidaan jättää huomioimatta. Oleellisesti vaikuttaakin menestyminen ja tulosten saavuttaminen hyvän osaamisen, toiminnan ja ihmisten johtamisen avulla. Mallissa kuitenkin katsotaan, että työntekijöiden hyvinvointi rakentuu myös yksilöllisten arvojen pohjalle. Työyhteisön hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat monista muistakin malleista tutut työilmapiiri, työterveys, työturvallisuus ja yhteistyö. Kaikkien näiden tekijöiden keskiössä on hyvinvoiva työpaikka, joka kykenee vastaamaan työelämän vaatimuksiin. Pohtimisen aihetta antaakin, mikä on terveydenhuollon asiantuntijoiden (esim. työterveyshuollon) asema ja rooli tässä kokonaisuudessa ihmisen, työn ja terveyden välisten suhteiden tuntijana yrityksen tai organisaation strategisena kumppanina.



Kuva 2.12 Hyvinvoiva työpaikka. (Otala 2005.)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen teoreettisia lähtökohtia

Terveyden edistämisen menetelmällistä kehittämistyötä ovat ohjanneet vahvasti erilaiset, lähtökohdiltaan lähinnä kognitiiviset ja konstruktiiviset oppimisteoriat. Tällöin ajatellaan, että kun pyritään vaikuttamaan ihmisten arvoihin ja asenteisiin, elämäntapoihin ja tottumuksiin, on kyse yksilö- tai yhteisötason oppimisen käynnistämisestä. Tavoitteena ovat analyyttisten ja reflektiivisten taitojen kehittäminen ja pyrkimys tietoisuuden ja tiedostamisen syventämiseen ja sitä kautta itseohjautuvuuden tai itsensä johtamisen vahvistumiseen. Ajatellaan, että tässä dialogisessa prosessissa tapahtuu niin yksilöiden kuin yhteisöjen voimaantumista (empowerment), jolla on keskeinen merkitys, kun pyritään hallinnan tunteen vahvistamiseen. (Heikkilä & Heikkilä 2001.) Empowerment-prosessia on käsitelty alaluvuissa 2.2 ja 2.3. Terveyden edistämisessä ei tyydytä pelkästään peruselämäntaitojen ja yksilöiden voimavarojen vahvistamiseen, vaan lisäksi painotetaan sosiaalisia ja taloudellisia olosuhteita ja fyysistä ympäristöä. Täysivaltaistumista voidaan tukea sekä yksilö- että yhteisötasolla." (Nutbeam 1998.) Työterveyden edistämisessä kyseeseen tulevat ennen kaikkea yksilön voimavarojen vahvistaminen suhteessa hänen omaan elämäänsä mutta myös suhteessa työn hallintaan ja vaikutusmahdollisuuksien vahvistamiseen omaan työhönsä liittyvissä kysymyksissä. Laajasti ymmärrettynä voidaan puhua myös työpaikasta terveyden edistämisen areenana. Terveyden edistämisen areenat ovat terveyttä tukevia alueita ja yhteisöjä. Tällaisia ihmisten arkielämän areenoja voivat olla esimerkiksi koulut, työpaikat, sairaalat, kunnat ja kaupungit. Väestön terveyden parantuminen edellyttää ihmisten arkipäivän areenoiden tekemistä terveyttä tukeviksi. (Kähärä 2003.)

Terveyden edistämisessä hyödynnetään useiden tieteenalojen tietoperustaa. Laajalti levinneitä terveyskäyttäytymiseen ja terveyden edistämiseen liittyviä teorioita ja malleja on lukuisia, esimerkiksi terveysuskomusmalli, muutosvaihemalli (transteoreettinen malli), stressinsietoon ja selviytymiseen liittyvät mallit sekä Precede–Proceed-suunnittelu- ja arviointimalli, jota on kuvattu alaluvuissa 2.2 ja 2.3. (Prochaska & DiClemente 1983, Bartholomew ym. 2000, Glanz ym.1997, Green & Kreuter 1991). Jos halutaan, että terveyden edistäminen on vaikuttavaa, kannattaa yhdistellä erilaisia yksilö-, ihmissuhde- ja yhteisötason malleja ja teorioita toisiinsa (Glanz ym. 1997). Tärkeintä elintapa-

muutosten aikaansaamisessa ovat kuitenkin yksilö ja hänen sisäinen motivaationsa omien elämäntapojensa muuttamiseen. Ilman yksilön omaa päätöstä, halua ja sitoutumista ei voida saavuttaa pitkäaikaisia ja pysyviä tuloksia siinäkään tapauksessa, että edellytykset terveyttä edistäville valinnoille olisivat olemassa. Terveyden edistämisessä sekä sisällön että erilaisten työtapojen tulee sopia nykyisyyteen ja ihmisten yksilöllisiin elämäntapoihin.

Menetelmiä yksilöiden elintapamuutosten tukemiseksi

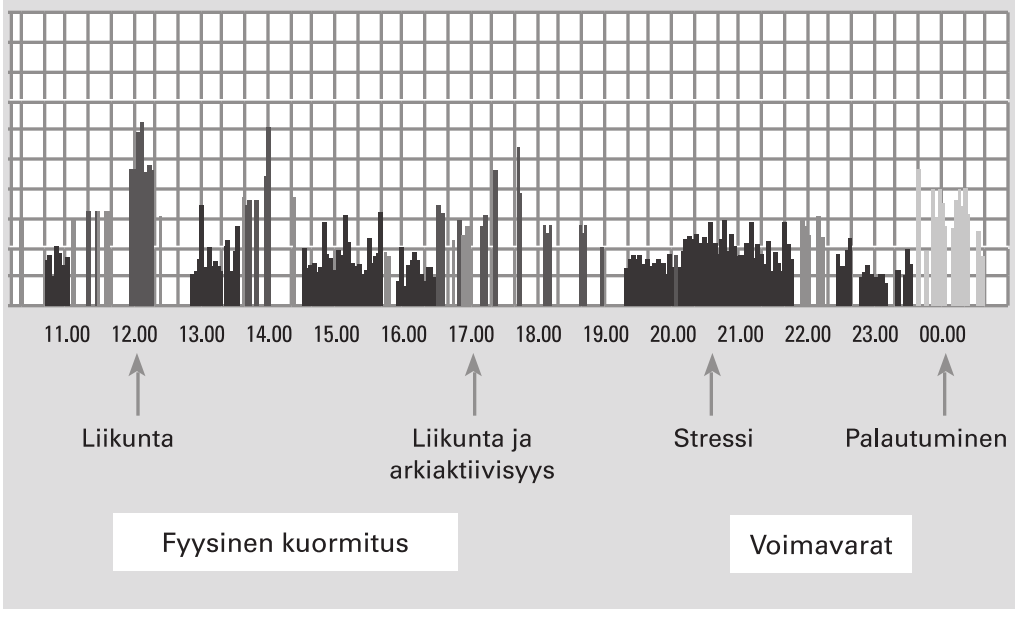
Suomalaisessa terveydenhoidossa terveystarkastuksia on vanhastaan järjestetty koko ihmisen elämänkaaren ajan. Niiden terveyttä ja hyvinvointia tuottavaan merkitykseen on totuttu luottamaan. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan tuloksellisuudella on tässä yhteydessä ollut ilmeisen suuri merkitys. Työikäisille tehdään pelkästään työterveyshuollossa vuosittain lähes miljoona terveystarkastusta. (Kelan työterveyshuoltotilasto 2006, 2008, 2009.) Määrä ei ole viime vuosina enää merkittävästi lisääntynyt. Terveystarkastusten vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole tutkimusnäyttöä. Onkin ryhdytty selvittämään kokeilujen ja niihin liitetyn tutkimuksen avulla, voitaisiinko muun tyyppisiä menetelmiä käyttämällä parantaa terveyden edistämiseen käytettyjen voimavarojen vaikuttavuutta. Tässä yhteydessä vaikuttavuudella tarkoitetaan väestön terveyden lisääntymistä ja terveyttä edistäviä elintapamuutoksia.

Teknologian hyödyntäminen yksilön terveyden edistämispyrkimyksien tukena avaa monia uusia mahdollisuuksia. Esimerkissä on sykevaihteluja rekisteröivän mittarin avulla saatu palautetta kehon toiminnoista, esimerkiksi fyysisestä kuormituksesta, palautumisesta, unen laadusta ja energian kulutuksesta (ks. first beat – mittarin informaatiota yhden esimerkkiasiakkaan mittaustuloksesta UPM Kymin Kuusankosken tehtaalla toteutetussa terveyden edistämisen menetelmien kehittämishankkeessa 2008–2009, kuva 2.13).

UPM Kymin Kuusankosken tehtaalla toteutetussa terveyden edistämisen kehittämiskokeilussa testattiin menetelmän hyödynnettävyyttä työterveyshuollossa. Prosessi noin 100 työntekijän parissa kesti yli vuoden. Siihen sisältyi

- alku- ja loppumittauksia (paino, BMI, RR, rasva-arvot, Hb)
- terveyskysely (arvio omasta terveydestä, elintavoista, motivaatiosta elintapamuutoksiin, psyykkisestä kuormittuneisuudesta, stressistä ja sen tärkeimmästä aiheuttajasta)
- fysiologisia mittauksia (valtimoiän määritys pulssiaaltotekniikalla)
- autonomisen hermoston rentoutumiskyvyn mittaus sykevariaatiotekniikalla EKG-seurannassa (BMS)
- verenpaineen mittaus (Omron)
- verisuonen sisäkalvon toimintakoe reaktiivisen hyperemian testinä (EndoPat)
- submax-polkypyöräergometria EKG-seurannassa sykevälivaihtelun yksilöllisen profiilin arvioimiseksi (taustamuuttuja kotimittauksien tulkintaan)
- työterveyshoitajan ja tarpeen mukaan psykologin ja lääkärin kanssa käydyt palautekeskustelut.

Kehittämiskokeilussa saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että menetelmä soveltuu hyvin etenkin palautumisongelmien ja niiden taustalla olevien tekijöiden havaitsemiseen sekä sitä kautta elämän- ja työtilanteen uudelleen jäsentämiseen ammattihenkilöiden ja asian-



Kuva 2.13 Analyysi tunnistaa kuormitustiloja. Esimerkki sykevälivaihteluiden mittaustuloksesta. (Lähde: UPM.)

tuntijoiden kanssa käytävissä keskusteluissa. Merkille pantavaa oli, että myös niiltä työntekijöiltä, jotka itse arvioivat oman terveytensä ja omat elintapansa hyviksi tai vähintäänkin kohtalaisiksi, löytyi seulontatutkimuksissa merkittäviä terveydellisiä riskitekijöitä. Tulos viittaa siihen, ettei pelkillä kyselyillä välttämättä tunnisteta niitä työntekijöitä, joilla on tarvetta kiinnittää huomiota omaan terveyskäyttäytymiseensä. Etenkin sellaiset varhaisvaiheen löydökset, joista ei vielä ollut aiheutunut oireita, jäivät tiedostamatta eivätkä siten nousseet esille intervention alussa toteutetuissa terveyskyselyissä (ks. edellä). Varsinkaan puutteellista palautumista ja heikkoa unen laatua ei tiedostettu.

Kehittämiskokeiluun osallistuneiden motivaatio säilyi hyvänä koko prosessin ajan. Parhaat tulokset saatiin painon hallinnassa ja verenpainearvojen normalisoitumisessa. Kolesteroliarvot eivät sen sijaan sanottavasti korjaantuneet. Yhtenä merkittävänä tuloksena olikin, että sekä työntekijöiden itsensä ilmaisema että tarkemmissa mittauksissa esiintynyt pitkäkestoinen ylikuormitus ja stressi toimivat vastavoimana myönteisten elintapamuutosten terveysvaikutuksille fysiologisella tasolla. Tästä voidaan alustavasti tehdä se johtopäätös, että yksilöllisten terveystottumusten muutospyrkimysten ohella on tärkeää paneutua myös työolojen kehittämiseen ja elämäntilanteen kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. Työ nousi selkeästi tässä tapauksessa tärkeimmäksi stressin lähteeksi työntekijöiden oman arvion mukaan. (Kallio ym. 2009.)

Tekniset laitteet eivät ole vielä kehittyneet riittävän luotettaviksi, eikä niitä voida vielä ottaa laajasti käyttöön. Erilaisten häiriötekijöiden merkitys on suuri, ja tulosten tulkinta vaatii asiantuntevaa tulkitsijaa. Lisäksi mahdollisten löydösten hoitomahdollisuudet täytyy turvata jo etukäteen. Yksinkertaiset syke- ja askelmittarit voivat sen sijaan toimia erittäin hyvin ja olla aivan riittäviä omaehtoisen seurannan tukena etenkin liikunnan riittävyyden arvioinnissa.

Muutamien kokeilujen yhteydessä on kertynyt kokemusta myös palautetta antavista tietokoneohjelmista. Ne perustuvat pääasiassa ohjelmaan syötettävien ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvien tietojen analysointiin sekä niiden pohjalta annettavaan palautteeseen ja ohjeisiin. Ongelmaksi on noussut ohjelmien käytön työläys. Vain harvat ohjelmia käyttäneet ovat jaksaneet kirjata niiden edellyttämällä tarkkuudella päivittäisiä toimintojaan ja nauttimiaan aterioita. Jos kirjaus on-

nistuu, saatu palaute voi toimia hyvänä tietolähteenä terveystottumusten muuttamisessa.

Kokeilun tärkeimpiä havaintoja oli, että merkittävien tulosten aikaansaamiseksi tarvitaan myös henkilökohtaista kontaktia tai vertaisryhmän tukea muutoksen käynnistämisessä ja tukemisessa, jolloin teknologia voi auttaa reflektoinnissa ja sen kautta tietoisuuden heräämisessä. Edellä esitettyjen tyyppisiä, uutta teknologiaa hyödyntäviä menetelmiä kehitetään parhaillaan monella taholla. Luotettavia tuloksia on sen sijaan saatavilla vielä hyvin vähän. Ongelmaksi jäänee parhaassakin tapauksessa edelleen se, kuinka voidaan motivoida aktiiviseen toimintaan sellaiset ihmiset, joilla on eniten tarvetta terveystottumusten muutokseen.

Kulttuuristen ja sukupuolisidonnaisten tekijöiden merkitys

Kulttuurillisten ja sukupuolisidonnaisten tekijöiden merkitys on saanut terveyden edistämistä käsittelevässä kirjallisuudessa niukasti huomiota. Ilkka Pietilä (2008) on tutkinut väitöskirjassaan paperitehtaalla työskentelevien miesten puheita, jotka liittyivät terveydestä huolehtimiseen. Hänen mukaansa terveyttä koskevassa tutkimuksessa on yleisesti ajateltu, että perinteiset miehen mallit ovat kulttuurissamme ristiriidassa terveydestä huolehtimisen kanssa. Yksi Pietilän tutkimuksen päähavainnoista oli, että haastattelutilanteessa miehet esittivät hyvinkin terveystietoisia näkemyksiä elämästään ja pohdiskelivat mahdollisuuksiaan muuttaa elintapojaan terveellisemmiksi. Monet tunsivat tarkkaan omat laboratorioarvonsa, kertoivat liikuntaharrastuksistaan ja korostivat kohtuutta alkoholin käytössä. Ei-henkilökohtaisissa kontakteissa kuitenkin esitettiin myös hyvin kriittisiä kommentteja: terveystiedon välitystä pidettiin vallan välineenä, väestön kontrollointina ja moralisointina. Kriittisiä näkemyksiä nousi esille lähinnä ryhmäkeskusteluissa ja silloin, kun puhuttiin ihmisistä yleensä. Oman elämän kuvausta hallitsi terveellisyysdiskurssi etenkin yksilökeskusteluissa, joissa se pyrittiin esittämään mahdollisimman edullisessa valossa.

Pietilä (2008) toteaakin, että terveystietoisuus toimii näyttämönä perinteisten miesten ideaalien, kuten itsenäisyyden, vastuullisuuden, rationaalisuuden ja kontrollin, esille tuomiselle. Samansuuntaisia havaintoja on tehty myös muissa miesvaltaisia toimialoja tai ammatti-

ryhmiä koskeneissa tutkimuksissa, kuten ammattikuljettajilla ja rakennusalalla tehdyissä tutkimuksissa. Mainituissa ryhmissä huonot terveystottumukset kasaantuvat, työssä on altistus- ja kuormitustekijöitä ja rakenteellisessa tuessa (esim. työterveyshuollossa ja työaikaisissa ruokailumahdollisuuksissa) ja työturvallisuuskäytännöissä on puutteita. (Virtanen ym. 2006.) Terveyden edistäminen miesvaltaisissa yhteisöissä tuo työhön omat haasteensa ja vaatii tarkastelemaan kriittisesti omaa tapaa lähestyä kyseistä asiakasryhmää ja kehittämään omaa ammatillista kulttuurisensitiivisyyttä.

Tutkimus terveyskäsitysten kulttuurisidonnaisuudesta on laajemminkin tärkeää. Kokonaan toinen kysymys on, miten rakentaa tasavertainen vuoropuhelu terveysalan ammattilaisen ja mahdollisesti itselle vieraammasta kulttuurillisesta kontekstista olevan asiakkaan välille. Kulttuurieroja on tunnistettavissa kansallisestikin koulutustaustan, vähemmistöjen ja alueellisten erojen pohjalta. Uuden haasteen tuovat muun muassa maahanmuuttajat, pakolaiset ja turvapaikanhakijat, jotka jo sinällään ovat hyvin heterogeeninen ryhmä.

Vertaisryhmät elintapojen muutospyrkimysten tukena

Nuoret työntekijät ovat merkittävä haaste terveydenhuollon ammattilaisille. Tutkimusten perusteella nuorten työntekijöiden vaatimukset esimerkiksi työterveyshuollon palvelujen sisällöistä poikkeavat ikääntyvien vaatimuksista, koska heillä on erilainen elämän- ja terveystilanne ja vähäisempi kokemus työelämästä. (Palmgren ym. 2008.) Nuorilla ei useinkaan ole vielä epäterveellisiin elintapoihin liittyviä sairauksia, joten sairastuminen ei toimi samalla tavalla motivointikeinona kuin ikääntyneemmillä. Nuorten aikuisten elämäntilanteessa on sen sijaan monia samanaikaisia haasteita, kuten lyhytaikaiset työsuhteet, työuran luominen ja perheen perustaminen, jotka saattavat vaatia erityisiä ratkaisuja tai oivalluksia. Toisaalta nuorille on työelämään tullessaan kertynyt kokemusta koulu- ja mahdollisesti myös opiskelijaterveydenhuollosta, millä voi olla vaikutusta heidän motivaatioonsa huolehtia terveydestään. Panostaminen nuoriin on kuitenkin erityisen tärkeää terveyden ja työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen pitkäaikaisen tuloksellisuuden näkökulmasta.

Esimerkki 1.
RaPatti

Työterveyslaitoksella on kehitetty menetelmiä elintapojen muutospyrkimysten tueksi. Yhtenä esimerkkinä on erityisesti nuorten parissa työskentelyä varten kehitetty ryhmäohjausmenetelmä RaPatti eli ”ratkaisuja pattitilanteisiin”. Tavoitteena on parantaa nuorten työntekijöiden ongelmanratkaisutaitoja, lisätä optimismia ja sosiaalisen tuen käyttöä sekä edistää terveellisiä elintapoja. (Laitinen ym.2006.) RaPatti-ryhmäohjausmallin perustana on konstruktivistinen oppimiskäsitys, jonka mukaan ihmisen oppiminen vaatii sitä, että hän toimii aktiivisesti ja suhteuttaa uutta tietoa jo aiemmin oppimaansa.

RaPatti-ryhmäohjaus on tarkoitettu alle 30-vuotiaille, joilla on tarve muuttaa elämäntapojaan. Ryhmiin tullaan useimmiten terveydenhoitajan tai lääkärin lähetteellä työssä, jaksamisessa tai elintavoissa havaittujen ongelmien perusteella. (Laitinen ym. 2006.) RaPatti-ryhmäohjausmallia ja sen taustalla olevaa tutkimustietoa ja oppimiskäsitystä on sovellettu myös tyypin 2 diabeteksen riskiryhmän ravitsemusryhmäohjausta kehittävässä Elvira-tutkimus- ja kehittämishankkeessa vastaavin tuloksin.

Esimerkki 2.
Työuran uurtaja

Työuran uurtaja -ryhmäohjausmenetelmässä yhdistyvät stressin ehkäisyyn, työn imun edistämiseen ja yksilöllisen vastustuskyvyn lisäämiseen liittyvä tieto. Siinä työntekijät oppivat taitoja, joiden avulla he ovat paremmin valmistautuneita tuleviin haasteisiin ja mahdollisiin vastoinkäymisiin. Käytetyt menetelmät perustuvat kognitiiviseen psykologiaan. Vahvistamalla työntekijöiden vastustuskykyä ja valmistautuneisuutta työuransa hallintaan vahvistetaan samalla myös proaktiivisesta toiminnasta saatavia hyötyjä, joihin kuuluu muun muassa työn tehokkuuden kasvattaminen. Työuran uurtaja -menetelmässä yhdistetään työterveyshuollon ja henkilöstöhallinnon tieto työterveyden ja ammatillisten taitojen ja valmennuksen alueella. Menetelmä on tarkoitettu käytettäväksi yhteistyössä ja yhdistettäväksi jokapäiväiseen henkilöstöjohtamiseen. Sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi työtehtävien suunnittelussa ja ammatillisen kuntoutuksen suuntaamisessa riskiryhmille. (Vuori ym. 2008.)

Yhteisöt ja työpaikat terveyden edistämisen areenoina

Työyhteisöjen ongelmatilanteet eivät nykytutkimuksen valossa aiheuta vain mielipahaa yksilöille, vaan niillä on todettu olevan yhteys muun muassa mielenterveyden häiriöihin ja sydäntauteihin. Esimerkiksi työolojen epävakaus kasvattaa sydänkohtausriskiä merkittävästi (Väänänen ym. 2008). Myös epäoikeudenmukaisen päätöksenteon on havaittu olevan yhteydessä huonoon terveyteen (Oksanen ym. 2008). Masennuksesta johtuvat sairauspoissaolot ovat Suomessa lähes kaksinkertaistuneet viimeisen kymmenen vuoden aikana. Niiden lisääntyminen on ollut huomattavan suurta myös nuorten työntekijöiden joukossa (Raitasalo & Maaniemi 2008).

Työn psykososiaalisten piirteiden vaikutusta on tarkasteltu muun muassa sosiaalisen pääoman käsitteen kautta. Sosiaalinen pääoma syntyy luottamuksesta, vastavuoroisuudesta, yhteisistä arvoista ja normeista, esimerkiksi suvaitsevaisuudesta, sosiaalisista suhteista ja oikeudenmukaisen kohtelun kokemuksesta (Oksanen ym. 2008). Tutkimuksissa on todettu, että sosiaalinen pääoma vaikuttaa työntekijöiden kokemaan hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Itseraportoidut työn psykososiaalisten piirteiden kielteiset muutokset lisäsivät psyykkisten oireiden riskiä, kun taas myönteiset muutokset vähensivät niitä. Huono kehitys näkyi myös sairauspoissaoloina. Psyykkisistä oireista kärsivät työntekijät jäivät useammin sairauslomalle niissä työpaikoissa, joissa muut kuin oireista kärsivät arvioivat työn vaatimukset koviksi ja hallintamahdollisuudet vähäisiksi. Itseraportoidulla työpaikan vähäisellä sosiaalisella pääomalla oli yhteyttä myös masennuslääkityksen lisääntymiseen. Erityisen mielenkiintoista on se, että henkilöstövähennykset olivat yhteydessä lisääntyneeseen psyykenlääkkeiden käyttöön niillä työntekijöillä, jotka säilyttivät työpaikkansa. (Oksanen ym. 2008.) Henkilöstövähennykset lisäsivät sairauspoissaoloja myös vakituisessa työsuhteessa olevilla työntekijöillä (Vahtera ym. 2004).

Työkyvyn edistäminen pelkistyy usein henkilökohtaisten terveystottumusten ja yksilöllisten ominaisuuksien tarkasteluun. Hakanen (2004) kuitenkin toteaa oman tutkimuksensa johtopäätöksenä, että työuupumus osoittautui selkeästi työperäiseksi ongelmaksi. Yksityiselämän kriiseillä ja persoonallisuustekijöillä oli vähäinen yhteys työuupumukseen, jos niiden merkitystä verrattiin kuormittaviin työoloi-

hin. Tällaisiksi nousivat muun muassa koettu epävarmuus ja taloudellisen toimeentulon niukkuus. Hakanen toteaa, että jos halutaan ylläpitää työntekijöiden terveyttä ja halua jatkaa työelämässä, on tarpeen ottaa huomioon työhyvinvoinnin kaksi polkua: jaksamis- ja motivaatiopolku. Toimintaa tulee hänen mukaansa suunnata sellaisten olojen luomiseen työpaikoille, että työntekijä voi työhön sijoittamiensa voimavarojen vastineeksi saada tunnustusta ja arvostusta ja kokea onnistumisia.

Tiivistetysti voidaan todeta, että psykososiaalisten olojen merkityksestä työntekijöiden ja työyhteisöjen hyvinvoinnille on tutkimusnäyttöä. Korjaavalla työllä ja kriisityöllä on jo paikkansa työterveyshuollon toiminnassa. Ehkäisevä ja promotiivinen työ työyhteisöjen toimivuuden edistämiseksi ja hyvinvoinnin vahvistamiseksi ei ole kuitenkaan vielä vakiinnuttanut asemaansa työterveyshuollon toimintana sisällöllisesti eikä menetelmällisesti. Janhonen ja Husman (2006) kiinnittävät omassa tutkimuksessaan huomiota työyhteisöihin kohdistuvan toiminnan vähyyteen. He viittaavat Piiraisen (2004) taulukkoraporttiin, josta ilmenee työilmapiirikyselyjen ja työyhteisöjen kehittämishankkeiden määrän väheneminen vuodesta 2000 vuoteen 2003.

Työn organisointiin, sujuvuuteen, johtamiskäytäntöihin ja ilmapiiriin liitetty käsite työyhteisön toimivuus on määritelty työnantajille tarkoitetussa oppaassa tilanteeksi, jossa työpaikan ihmissuhteet ovat avoimet, luottamukselliset ja toisiaan arvostavat, työt on organisoitu niin, että ne sujuvat mahdollisimman hyvin, ja tavoitellut tulokset saavutetaan. Lisäksi oppaassa todetaan, että vaikka päävastuu hyvän työilmapiirin luomisessa ja vahvistamisessa on työnantajalla, koko henkilöstön myönteisellä asenteella ja toiminnalla on suuri merkitys. Terveydenhuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat voivat omalta osaltaan tarjota hyvänä yhteistyökumppanina merkittävää tukea erilaisissa työyhteisön toimintaan liittyvissä tilanteissa, kuten selvityksiä työyhteisön tarpeista ja psykososiaalisesta kuormituksesta, tietoa, neuvontaa ja ohjausta työyhteisön toimivuuden edistämiseksi ja parantamiseksi sekä tukea erilaisissa muutostilanteissa (Rautio 2009).

Henkilöstö oman terveytensä ja hyvinvointinsa edistäjinä

Tutkimuksissa terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä on useimmin nostettu esille tilanteita, jotka liittyvät työyhteisön toimintaan. Näistä mainittakoon erilaiset työyhteisön ristiriidat, konfliktit ja

kriisit, työn organisointiin liittyvät ongelmat, selkiytymättömät pelisäännöt, ilmapiirikyselyn huonot tulokset, sisäilmaongelmat, jaksamisongelmat ja runsaat poissaolot. Joissakin tapauksissa työ sinänsä on ollut henkisesti erityisen kuormittavaa. Terveyden edistämishankkeita käynnistäville ovat hyvin tuttuja tilanteet, jotka ovat niin monimuotoisia ja -ongelmaisia, ettei niistä voi tunnistaa mitään selkeää yksittäistä tekijää, johon jatkotyöskentelyn voisi keskittää. Yleensä näillä tilanteilla on vuosien historia takanaan. Tavalla tai toisella erilaiset organisaatiomuutokset ovat usein taustalla joko suoranaisesti aiheuttamassa ongelmalliseksi kehittyneitä tilanteita työpaikoille tai vähintäänkin niiden osatekijänä. (Rautio ym. 2009.)

Niissä työyhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi suunnatuissa hankkeissa, joissa on saatu aikaan myönteisiä tuloksia, on tunnistettavissa joitakin menetelmällisiä yhteneväisyyksiä. Erittäin tärkeäksi on osoittautunut lähtötilanteen huolellinen analyysi ja työpaikan tarpeiden tunnistaminen sekä toimenpiteiden suunnittelu yhdessä prosessin ohjaajien ja henkilöstön kanssa. Erityisesti osallistujalähtöiset ja ratkaisukeskeiset menetelmät ovat tukeneet osallistujien tietoisuuden vahvistumista ja analyyttisiä valmiuksia ja tarjonneet samalla mahdollisuuden vaikuttaa oloihin. Työyhteisön yhteisten pelisääntöjen rakentaminen on puolestaan vahvistanut oikeudenmukaisuuden kokemuksia ja sitoutumista. Erityisen hyödylliseksi on koettu prosessin käynnistävien kriteerien määrittely varhaisen tuen (välittämisen, puheeksioton) mallin rakentamisen yhteydessä. Yhdessä työskentely on jo sinällään toiminut vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen kehittäjänä. (Rautio ym. 2009). Työskentelyä ohjaavien ammattihenkilöiden työskentelyote on näin työskenneltäessä ollut lähinnä prosessikonsultatiivinen. (Schein 1998.)

Menetelmällistä kehittämistyötä tarvitaan kuitenkin vielä runsaasti, jotta työikäisten kohtaamiin terveys- ja hyvinvointihaasteisiin voidaan vastata tehokkaasti ja ammattitaitoisesti. Jatkuvat työolojen ja työn muutokset (esim. mobiilityö) ja psykososiaalisen kuormituksen merkityksen lisääntyminen edellyttävät uudenlaista tapaa työskennellä työyhteisöjen parissa. Yksinomaan yksilökeskeisillä menetelmillä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä tuskin onnistutaan.

Yhteisöllistä ajattelua tarvitaan myös kuntoutusyhteistyössä. Jos toimet suunnataan ainoastaan yksilöön ilman että työoloissa ja -tehtävissä tai muissa elämänoloissa saadaan muutoksia aikaan, on toden-

näköistä, että kuntoutuksessa saavutetut tulokset mitätöityvät hyvinkin nopeasti. Myös työtovereiden suhtautuminen kuntoutuksesta tai pitkältä sairauslomalta palaavaan vaikuttaa suuresti työssä jatkamiseen. Osa-aikaratkaisut, työtehtävien muutokset ja mahdollinen uusjako ovat toimia, jotka vaativat yhteisöllistä kypsyyttä, joustavuutta ja halua tukea työtovereita. Työyhteisöissä käydyt keskustelut ja uuden tilanteen vaatimien ratkaisujen pohtiminen yhdessä ovat erittäin tärkeitä. Nykyiset toimintakulttuurit työpaikoilla eivät yleensä tue tämäntyyppisiä toimintakäytäntöjä. Lainsäädännöllisiä esteitä on jo poistettu, mutta lisäksi tulee kyetä poistamaan myös asenteellisia esteitä.

Työpaikka terveyden edistämisen areenana

Terveydenedistämistoiminnassa on nostettu vahvasti esille käsite ”työpaikka terveyden edistämisen areenana”. Terveyden edistäminen työpaikalla on määritelty laaja-alaiseksi toiminnaksi, joka sisältää työympäristöön, työn organisointiin, työyhteisöön, johtamiseen, työntekijöiden ammatilliseen osaamiseen ja työntekijöiden henkilökohtaisen terveyden edistämisen edellytyksiin sekä työterveyteen ja -turvallisuuteen liittyvät tekijät. Oleellisena pidetään työntekijöiden mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja työn hallinnan ja mielekkyyden kannalta keskeisiin kysymyksiin. Lisäksi perheen ja työn yhteensovittaminen on osa kokonaisvaltaista terveyden edistämistä, joka edellyttää työntekijöiden erilaisten elämäntilanteiden huomioimista muun muassa työjärjestelyissä ja työn organisoinnissa. Tarvitaan ihmisten osallistamista tukevien järjestelmien luomista ja sellaisten menetelmien valintaa, joissa työntekijät toimivat aktiivisesti oman terveytensä, hyvinvointinsa ja työskentelyedellytystensä rakentamiseksi. (Husman ym. 2008.)

Tähän tarkoitukseen on kehitteillä menetelmä, jossa tavoitteena on rakentaa terveyttä edistävän työpaikan kriteeristö työpaikkojen itsearvioinnin ja kehittämistyön työvälineeksi ja juurruttaa hyvät käytännöt osaksi työpaikkojen arkea. Kriteeristön rakentamisessa ja juurruttamisessa noudatetaan seuraavia periaatteita: Kriteeristö laaditaan yhdessä työpaikkojen kanssa, ja se perustuu laaja-alaiseen näkemykseen terveyttä edistävästä työpaikasta. Yhtenä oleellisena tekijänä pidetään sitä, että laadittu kriteeristö sisältyy johtamisen ja henkilöstöhallinnon rakenteisiin osana yrityksen normaalia toimintaa (Health in all policies

of enterprises and organisations). Yhdessä laaditun kriteeristön avulla on tarkoitus luoda pohja työtekijöiden omaehtoiselle terveyttä edistävälle toiminnalle. Yrityksen näkökulmasta on tärkeää tiedostaa työntekijöiden terveyden merkitys tuottavuuden ja tehokkuuden yhtenä osatekijänä. (Husman ym. 2008.)

Menetelmällisen kehittämisen käynnistymisen taustalla ovat lukuisista tutkimuksista saadut tulokset, joiden mukaan työstä irrallisilla tempausluonteisilla hankkeilla on vaikea saada aikaan pysyvää ja pitkäjänteistä vaikutusta. Oletuksena on, että jos hyvinvoinnin kannalta merkittävät tekijät onnistutaan yhdistämään osaksi yrityksen tai työpaikan ydinprosesseja, henkilöstöpolitiikkaa ja rakenteita, saadaan aikaan kestävämpiä myönteisiä vaikutuksia henkilöstön terveyteen ja hyvinvointiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen panostaminen on myös taloudellisesti kannattavaa

Lupaavaa käytännön näyttöä työhyvinvointiin panostamisen kannattavuudesta saatiin Dragsfjärdin kunnassa vuosina 2002–2005 toteutetussa Druvan-mallin kehittämis- ja soveltamishankkeessa. Hanke kohdistui kunnan kaikkiin työpaikkoihin ja työntekijöihin. Druvan-malli (Rissa 2007) perustuu laaja-alaiseen käsitykseen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Mallissa kehitetään johtamista, työyhteisöä, ammattitaitoa, työtä ja työympäristöä, elämäntapoja, ikään ja työaikaan liittyviä toimintoja sekä työterveyshuollon toimintaa.

Hankkeessa laskettiin, että työhyvinvointiin sijoitettu pääoma tuotti 46 prosentin vuosittaisen tuoton. Sen aikana sairauspoissaolot vähenivät: henkilöstön vuotuinen sairauspoissaolopäivien määrä väheni 17,1 päivästä 12,2 päivään. Myös ikääntyneiden työkyky työkykyindeksillä mitattuna parani. Ennen hankkeen alkamista vuonna 2001 yli 60-vuotiaista 36 prosentin työkyky oli vähintään hyvä. Vuonna 2005 taas vastaavan ikäisistä 86 prosentin työkyky oli vähintään hyvä. Taloudellinen hyöty syntyi ennen kaikkea sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymisestä. On laskettu, että Druvan-mallin kansallinen soveltaminen tuottaisi jopa 1,2 miljardin euron vuotuisen säästön yksinomaan työeläkekustannuksien vähenemisen ansiosta. (Rissa 2007.)

Toisessa taloudelliseen ja tuottavuuden kasvuun liittyvässä tutkimuksessa selvitettiin henkilöstön hyvinvointia ja toimipaikkojen me-

nestymistä metalliteollisuudessa ja vähittäiskaupan alalla. Tutkimukseen osallistui yhteensä 129 toimipaikkaa ja 1 281 työntekijää. Siinä keskityttiin selvittämään henkilöstön työkyvyn ja hyvinvoinnin yhteyttä toimipaikan menestymiseen. Lisäksi tarkasteltiin johdon ja henkilöstön käsityksiä osallistavista henkilöstökäytännöistä ja niiden yhteyksistä henkilöstön hyvinvointiin ja toimipaikan menestymiseen. Tutkimuksessa aiemmin kerätyt vertailuaineistot vuosilta 1997–1998 ja 1999–2000 mahdollistivat henkilöstön työkyvyn, hyvinvoinnin ja toimipaikan menestymisen välisten yhteyksien arvioinnin vuosilta 1997–2007. (Von Bonsdorff ym. 2009.)

Keskeisimmät tulokset toimipaikan suoritus- ja kilpailukyvystä ja henkilöstön hyvinvoinnin välisestä yhteydestä liittyivät metalliteollisuudessa työkykyyn, palkitsemisen oikeudenmukaisuuteen, organisaatioon sitoutumiseen ja fyysisiin kuormitustekijöihin. Metalliteollisuuden toimipaikoilla henkilöstön hyvinvointi näytti olevan yhteydessä johdon arvioon toimipaikan paremmasta menestymisestä. Vähittäiskaupan alalla vastaavat yhteydet olivat heikommat. Tutkimukseen osallistuneet vähittäiskaupan suuret toimipaikat menestyivät pieniä paremmin. (Von Bonsdorff ym. 2009.)

Tutkimuksessa havaittiin, että molemmilla toimialoilla johto tunnistaa henkilöstöä selvemmin työpaikan osallistavia henkilöstökäytäntöjä. Osallistavien henkilöstökäytäntöjen ja työhyvinvointimuuttujien väliset yhteydet osoittautuivat henkilöstöaineistossa erittäin vahvoiksi: mitä osallistavampana henkilöstö piti HR-käytäntöjä, sitä parempaa oli työhyvinvointi. Johdon vastaavat arviot toimipaikkojensa osallistavista henkilöstökäytännöistä olivat niin ikään positiivisesti yhteydessä henkilöstön psyykkiseen hyvinvointiin ja sitoutumiseen. Osallistavien henkilöstökäytäntöjen yhteys yrityksen suoritus- ja kilpailukykyyn oli erittäin voimakas molemmissa aineistoissa. (Von Bonsdorff ym. 2009.)

Hyvinvoinnin ja menestyksen välinen yhteys voimistui, kun verrattin kymmenen vuotta aikaisemmin ollutta tilannetta vuoden 2007 tilanteeseen. Hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä organisaatioon sitoutuminen oli yhteydessä menestymiseen kaikilla mittauskerroilla. Muista menestymiseen vaikuttavista hyvinvointitekijöistä työkyvyn ja työtyytyväisyyden yhteys tuli esille ensimmäisen kerran vuosituhannen vaihteessa tehdyssä seurannassa. Vuoden 2007 aineiston mukaan näiden tekijöiden yhteys on edelleen vahvistunut. Lisäksi uutena menes-

tykseen liittyvänä hyvinvointitekijänä nousi esiin vähäisen uupumusasteisen väsymyksen merkitys. Tutkimus jatkuu vuosina 2009–2011 Suomen Akatemian rahoittamana. (Von Bonsdorff ym. 2009.)

Työhyvinvoinnin, siihen vaikuttavien tekijöiden, tuottavuuden ja vaikuttavuuden välisiin yhteyksiin liittyvä tutkimus on tulevaisuudessa seuraava merkittävä tutkimuslinja. Tutkimus vaatii kiinteää yhteistyötä terveydenhuollon ja terveystaloustieteen tutkijoiden välillä.

Terveyden edistämistä mahdollistavia rakenteita

Yhteiskuntatasolla määritellään ja vahvistetaan terveyden edistämisen vastuita ja valtuuksia säätelevät lait ja säädökset. Lainsäädännön lisäksi useat muut tärkeät terveyden edistämisen mahdollistavat rakenteet, kuten tukiverkostot ja palvelujärjestelmä, ovat osa terveyden edistämisen infrastruktuuria. Myös yhteiskunnallinen asenneilmapiiri ja arvot sekä poliittiset valinnat ja priorisoinnit voivat osaltaan estää tai mahdollistaa terveyden kannalta hyvien valintojen tekemistä yhteisöjen toiminnassa ja yksilöiden elämässä.

Yhteiskuntatasolla tarkasteltuna on oleellista löytää toimivia yhteistyömalleja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kuntoutus- ja vakuutusjärjestelmien välillä. Monien ongelmallisten tilanteiden hoitaminen vaatii hoidon, kuntoutuksen ja joskus myös koulutuksen saumatonta yhteistyötä, jotta yksilö voi panostaa kaikki voimavaransa omien edellytystensä vahvistamiseen ja kyetä osallistumaan omalla panoksellaan mahdollisimman pitkään tuottavaan työhön. On hyvä muistaa, ettei työ ole pelkästään kuluttavaa ja kuormittavaa vaan myös mahdollisuus kokea kasvua ja kehitystä ja kuulua yhteisöön ja sosiaalisiin verkostoihin.

Onnistuminen työuran pidentämisessä on taloudellisesti erittäin merkittävää, nyt kun suuret ikäluokat ovat tulleet eläkeikään ja työelämään tulevat nuoret ikäluokat pienentyvät. Yhteiskunnalliset muutokset pakottavat kehittämään myös palvelujärjestelmän rakenteita ja tekemään merkittäviä uudistuksia, jotta väestön tarvitsemat palvelut kyetään tuottamaan taloudellisesti ja kattavasti. Uudistuksilla tavoitellaan vaikutuksia väestön terveyteen, työ- ja toimintakykyyn sekä terveyserojen kaventumiseen.

Terveyserojen kaventaminen on ollut kansallisena tavoitteena jo pitkään (vrt. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä). Uusimmissa kansallisissa tavoitteissa on ehdotettu terveyden edistämisen kohdentamista ja varhaisen puuttumisen tehostamista erityisesti tunnetuilla riskialoilla, oikea-aikaisen ja tarpeenmukaisen kuntoutuksen kehittämistä, pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon järjestämistä, työvoiman palvelukeskusten kehittämistä sekä työterveyshuollon kattavuuden parantamista (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011). Kaikilla näillä osa-alueilla on meneillään kehittämistoimia. Tähän mennessä kaikista hyvistä pyrkimyksistä huolimatta terveyserot eivät ole kaventuneet toivotulla tavalla vaan ne ovat jossain määrin jopa lisääntyneet. Tämä tosiasia edellyttää vakavaa paneutumista ongelmaan ja uusien ratkaisumallien löytämistä, kokeilemista ja käyttöönottoa.

Terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttäviä (STM 2008). Oletuksena on, että kansanterveyden kohentamisessa onnistutaan parhaiten, jos kyetään parantamaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasautuvat. Huono terveys on tutkimusten mukaan yksi sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä, joten heikko-osaisten terveyden kohentuminen saattaa myös lisätä yhteiskunnan sosiaalista kiinteyttä. Työvoiman riittävyyden ja eläkeiän nostamisen kannalta on tarkoituksenmukaista kiinnittää huomiota erityisesti työntekijäammateissa toimivien ja perusasteen koulutuksen saaneiden työkyvyn ja työssä pysymisen edistämiseen. Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivista 30–64-vuotiaista noin puolet on saanut enintään perusasteen koulutuksen. Väestön ikääntyessä avun ja hoivan tarve kasvaa vuodesta 2000 arvioiden mukaan 40 prosenttia vuoteen 2015 mennessä ja 80 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Palvelutarpeen kasvua voidaan vähentää, jos erityisesti vähän koulutettujen iäkkäiden ihmisten toimintakykyä saadaan parannetuksi. Esimerkiksi kävelyvaikeuksista kärsivien suomalaisten lukumäärä pienenisi alle puoleen nykyisestä, jos kävelyvaikeuksien yleisyys pienenisi alemmissa koulutusryhmissä samanlaiseksi kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä.

Esimerkki 3.
Työterveysneuvonta pitkäaikaistyöttömien tukena

Esimerkki yhteiskuntatasolla tapahtuvasta terveyden edistämistoiminnan kehittämisestä: perusterveydenhuollon työterveysneuvonta, jonka asiakkaina ovat kaikki työterveyshuollon ulkopuolella olevat työikäiset henkilöt. Työterveysneuvonnassa asiakas pääsee terveystarkastukseen, jossa selvitetään hänen terveydentilansa ja tarpeen mukaan ohjataan tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoon, kuntoutukseen, koulutukseen tai työkyky- tai eläkeselvittelyihin siten, että toimenpiteet kohdennetaan yhdenmukaisesti eri toimijoiden kesken. Mallissa tiivistetään viranomaisyhteistyötä ja kehitetään asiakkaalle saumatonta palveluketjua. Malli on suunniteltu yhdessä eri toimijoiden kanssa hyödyntämällä muun muassa verkostotoimintaa, informaatio-ohjausta, konsultointia, koulutusta ja vertaisoppimista. Kehittämistoiminnan lähtökohtana ovat asiakkaiden osallistuminen ja moniammatillinen yhteistyö asiakkaan kuntoutuksessa.

Työterveysneuvonta-toimintamallin soveltaminen on käynnistetty Kuopion seudulla. Siihen on kutsuttu mukaan 15–24-vuotiaita, joilla on vaikeuksia työllistyä. Toimintamallissa mahdollistetaan kunnan eri hallintosektoreiden (mm. sosiaali-, terveys- ja koulutoimi) ja muiden keskeisten toimijoiden (mm. työvoimahallinto, Kela ja työterveyshuolto) yhteistyö.

Lopuksi

Työikäisen väestön terveyteen sekä työ- ja toimintakykyyn kohdistuvat haasteet ovat merkittäviä. Tavoitteena ovat työkyvyttömyyden ehkäisy ja työurien pidentäminen, kuntouttavien toimien kehittäminen ja työhön paluun tukeminen sekä tuottavaan työhön osallistumisen mahdollistaminen vajaakuntoisille. Yksi merkittävä taustatekijä on lähivuosina maamme tapahtuva huoltosuhteen negatiivinen kehitys, joka merkitsee sitä, että työikäisen väestön terveyden edistämistä tulee toteuttaa kaikilla tasoilla palvelurakenteita ja lainsäädäntöä uudistamalla, yhteistyötä ja verkostoitumista tehostamalla sekä menetelmiä kehittämällä. Vaikuttavuuden arviointi on oleellinen osa kehittämistyön tuloksellisuuden seuraamista.

Yksilötasolla tulee luoda edellytyksiä tehdä terveydelle suotuisia valintoja. Useiden eri tahojen tekemä menetelmällinen kehittämistyö näyttää nykyisin perustuvan ihmisten aktiivisuutta, osallistumista ja vaikuttamismahdollisuuksia vahvistaviin teoreettisiin lähtökohtiin.

Tulevaisuuteen tähtäävillä, ratkaisukeskeisillä menetelmillä on merkittävä asema kaikissa tässä yhteydessä esitellyissä menetelmissä ja meneillään olevissa menetelmällisissä kehittämishankkeissa. Teknologiaa hyödyntävät ohjelmat, mittarit ja muut laitteet ovat tulleet markkinoille aivan viime vuosina tukemaan elintapojen muutospyrkimyksiä. Niiden toimivuudesta ja hyödynnettävyydestä ei ole vielä niin paljon näyttöä, että niitä voitaisiin suositella laajemmin käyttöön otettaviksi. Tutkimuksen avulla teknologian hyödyntämisen mahdollisuudet ja rajoitteet saadaan esille ja niille löydetään järkevät käyttömahdollisuudet osana yksilöllistä terveyden edistämistä.

Työpaikoilla tehtävillä toimilla voidaan myös vaikuttaa merkittävästi työikäisen väestön terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn. Perustana ovat turvallinen työ ja työympäristö, hyvin johdetut ja organisoidut työtoiminnat, vahva sosiaalinen tuki ja erilaiset perheen ja työn yhteensovittamista helpottavat joustavat ratkaisut. Erilaiset oppimis- ja kehittymismahdollisuudet ovat myös tärkeitä motivaation kannalta. Yksi tärkeimmistä tekijöistä on tutkimusten perusteella mahdollisuus vaikuttaa oman työn kannalta oleellisiin asioihin. Työpaikalla voidaan lisäksi tarjota mahdollisuuksia tehdä terveyden kannalta edullisia valintoja. Tällaisia ovat esimerkiksi työpaikkaruokailu ja liikunnan tai muun harrastustoiminnan tukeminen.

Yhteiskunnallisesti on meneillään harvinaisen voimakas kehittämis- ja muutostyö. Nähtäväksi jää, missä määrin uudet rakenteet ja toimintamallit juurtuvat arkeen ja kykenevät tuottamaan palvelut kaikille kansalaisille tasa-arvoisesti ja missä määrin hoitoketjut saadaan nykyistä toimivammiksi ja eri tahojen yhteistyö kiinteämmäksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi. Taloudelliset realiteetit ja yhteiskunnallinen epävakaus vaikuttavat merkittävästi sekä työelämään ja sitä kautta työikäisen väestön terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn että niihin ratkaisuihin, joita tavoitteiden saavuttamiseksi tehdään. Terveyden edistämisen tuloksellisuuden kannalta oleellista on suurten makrotason tapahtumien terveysvaikutusten arviointi ja sen pohjalta tehtävä rakenteellinen, lainsäädännöllinen ja menetelmällinen kehittämistyö. Yksilöiden kannalta merkittävää taas on mahdollisuus tehdä omaa terveyttä ja hyvinvointia tukevia valintoja. Ammattihenkilöiltä puolestaan edellytetään jatkuvaa menetelmällistä kehittämistyötä, jonka vaikuttavuutta arvioidaan ja jonka perusteella panostetaan asioihin, jotka on osoitettu väestön hyvinvoinnin kannalta hyödyllisiksi.

➟ Tehtäviä

1. Tarkastelkaa terveydenhuollon mahdollisuuksia ja merkitystä työikäisen väestön terveyden edistämisessä.
2. Mitä mahdollisuuksia on terveydenhuollon keinoin kaventaa työikäisen väestön terveyseroja?
3. Mitä eettisiä kysymyksiä liittyy työikäisten terveyden edistämiseen?
4. Soveltakaa kappaleessa esitettyjä ryhmäohjausmenetelmiä työpaikkaan, jossa on meneillään organisaatiomuutos.

Oheiskirjallisuutta

Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. 2000. Intervention mapping. Mayfield Publishing Company, Mountain View.

Ek E, Laitinen J, Tammelin T, Remes J, Raatikka V-P, Kujala V. 2003. Nuorten aikuisten työssä jaksaminen. Työssä jaksamisen ohjelma.

Eronen A, Kinnunen P, Selkälä A, Siltaniemi A, Särkelä R. 2002. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Sosiaalibarometri 2002. Helsinki.

Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (toim.). 1997. Health behaviour and health education, Theory, research and practise. 2. painos. Jossey-Bass Inc, San Francisco.

Green LW, Kreuter MW. 1991. Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. 3. painos. Mayfield Publishing Company, Mountain View.

Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2007. Yliopistopaino. Helsinki.

Heikkilä J & Heikkilä K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. WSOY, Porvoo.

Heikkilä J & Heikkilä K. 2001. Dialogi-avain innovatiivisuuteen. WSOY. Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa.

Husman P, Rautio M. 2008. Terveyttä edistävän työpaikan kriteeristö. Julkaisematon hankesuunnitelma. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Janhonen M, Husman P. 2006. Työterveyshuollot ja työelämän muutos – pohdintoja työterveyshuollon roolista työyhteisöjen kehittäjänä. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 29. Työterveyslaitos, Helsinki.

Kallio L, Kemppainen T, Lindholm H, Rautio M, Savinainen M. 2009. Syty työhyvinvoinnille. Rahoittajaraportti. Työterveysalaitos. Työsuojelurahasto.

Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Kasvio A, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A. 2007. Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Kähärä M-L. 2003. Terveyden edistämisen asiantuntijuus korkeakouluopinnoissa Osa I. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 5/2003. Trio-Offset, Helsinki.
Laitinen J, Hannonen H, Mäenpää-Moilanen E, Huurre M, Tammelin T. 2006. RaPatti – ratkaisuja pattitilanteisiin. Ohjaajan kirja. Työterveyslaitos.
Laitinen J, Hannonen H, Mäenpää-Moilanen E, Huurre M, Tammelin T. 2006. RaPatti – ratkaisuja pattitilanteisiin. Työkirja. Työterveyslaitos.
Loppela K. 2004. Ihminen ja työ - keskustellen työkuntoon. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Acta Universitatis Tamperensis 1003. Tampere.
Mäkitalo J. 2005. Work-related well-being in the transformation of nursing home work. Oulun yliopisto. Oulu University Press, Oulu.
Nutbeam D. 1998. Health promotion glossary. Health Promotion International 13(4), 349–364.
Oksanen T, Vahtera J, Kouvonen A, Virtanen M, Linna A, Elovainio M, Pentti J, Kivimäki M. 2008. Sosiaalinen pääoma työelämän muutoksissa: Vaikutukset mielenterveyteen ja depression ilmaantuvuuteen? Työterveyslaitos.
Otala L, Ahonen G. 2005. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. WS Bookwell Oy, Juva.
Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E, (toim.). 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.
Palmgren H, Jalonen P, Kaleva S, Leino T, Romppanen V. 2007. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuollon työssä – tapaustutkimus TANO-toiminnasta nuorten työterveyden edistämsieksi. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 33. Työterveyslaitos. Tampereen yliopistopaino Oy.
Pietilä I. 2008. Between rocks and hard places. Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Acta Universitatis Tamperensis 1329. Tampere University Press, Tampere.
Prochaska J, DiClemente C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of consulting and clinical psychology 51(3), 390–395.
Raitasalo R, Maaniemi K. 2008. Mielenterveyden häiriöt syrjäyttävät nuoria työelämästä. Sosiaalivakuutus 6, 8–10.
Rauhala L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. SHKS. Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.
Rautio M, Väisänen A, Jalonen P, Mäenpää-Moilanen E, Meyer-Arnold M, Rokkanen T, Melart P. 2009. Työyhteisöjen hyvinvointi työterveyshuollon haasteena. Rahoittajaraportti. Työterveyslaitos. Työsuojelurahasto.
Rissa K. 2007. Tulosta ja hyvinvointia. Druvan-malli. Työturvallisuuskeskus, Iisalmi.

Schein EH. 1998. Process Consultation. Addison-Wesley series on organization development. Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.
STM. 2008 Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.
Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE. 2004. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. Br Med J 328: 555–557.
Virtanen S, Helakorpi S, Kauppinen T, Prättälä R, Tuomi K, Uutela A, Palo L. 2006. Elintavat ja työssä altistuminen Suomessa. Työterveyslaitos Helsinki.
Von Bonsdorff ME, Janhonen M, Vanhala S, Husman P, Ylöstalo P, Seitsamo J, Nykyri E. 2009. Henkilöstön työkyky ja yrityksen menestyminen vuosina 1997–2007 – tutkimus metalliteollisuudessa ja vähittäiskaupan alalla. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 36. Työterveyslaitos, Helsinki.
Vuori J, Ristolainen H, Larvi T, Salokangas T, Ahola K, Koivisto P, Jalonen P, Honkonen T, Toppinen-Tanner S, Salmela-Aro K. 2008. Työuran uurtaja -ryhmätyömenetelmä. Ohjaajan käsikirja. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
Vuori J, Ristolainen H, Larvi T, Salokangas T, Ahola K, Koivisto P, Jalonen P, Honkonen T, Toppinen-Tanner S, Salmela-Aro K. 2008. Työuran uurtaja -ryhmätyömenetelmä. Osallistujan työkirja. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
Vuori J, Toppinen-Tanner S, Pylkkönen M, Mutanen P, Ristolainen H, Larvi T, Nykänen M. 2009. Työuran uurtaja -ryhmämenetelmän vaikutukset työssä jatkamiseen, uranhallintaan ja mielenterveyteen. Loppuraportti. (julkaisematon lähde).
Väänänen A, Koskinen A, Joensuu M, Kivimäki M, Vahtera J, Kouvonen A, Jäppinen P. 2008. Lack of predictability at work and risk of acute myocardial infarction: An 18-year prospective study of industrial employees. American Journal of Public Health 98, 2264–2271.

2.6
Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen – ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä

Eija Kattainen

Tässä luvussa käsitellään ensin elämänlaatua käsitteenä ja sen jälkeen ikääntyvien elämänlaatua. Elämänlaatu ja hyvinvointi ovat läheisiä käsitteitä. Lähtökohtana on hyvinvointi laajana käsitteenä, joka sisältää yhtenä osana ihmisen kokemuksen elämälaadustaan. Suomessa ikääntyvien määrä kasvaa lähivuosikymmeninä. On tärkeää kehittää toimintamuotoja, joilla ikääntyvien hyvää elämää tuetaan. Ennakoivia kotikäyntejä on tehty Pohjoismaissa ja muualla maailmassa 1990-luvulta lähtien, ja vieläkin niiden vaikuttavuutta ikääntyvien hyvinvoinnin ja elämänlaadun edistämisessä pohditaan.

Elämänlaatu

Elämänlaatu on osa ihmisen yleistä hyvinvointia (Karisto 1984, Haas 1999, Vaarama 2006, Vaarama, Luoma & Ylönen 2006, Humbleton ym. 2008). Elämänlaatu ilmiönä esiintyy jo kreikkalaisessa filosofiassa, jossa puhuttiin hyvästä elämästä. Aristoteleen mukaan hyvään elämään kuuluu onnellisuus. Onnellisuutta ja elämään tyytyväisyyttä on pidetty elämänlaatua määrittävinä tekijöinä. Käsite on vaihdellut aikojen kuluessa, ja sitä on määritelty eri tavoilla. Tutkija Cummins totesi

1990-luvulla, että elämänlaatua on määritelty ainakin sadalla eri tavalla. Alun perin käsite yhdistettiin yhteiskunnalliseen kontekstiin, josta se myöhemmin on otettu myös terveydenhuollon käsitteistöön. Terveydenhuollossa elämänlaadulla tarkoitetaan useimmiten terveyteen liittyvää elämänlaatua. (Cummins 1997, King & Hinds 1998, Huusko & Pitkälä 2006.)

Elämänlaatu on subjektiivinen kokemus, ja se saa erilaisia painotuksia elämän eri vaiheissa (Bowling 2001, Henwood & Bartlett 2008). Elämään tyytyväisyyttä on pidetty elämänlaatuun kuuluvana tunteena. Tyytyväisyys ja onnellisuus ovat elämänlaadun subjektiivisia määrittäjiä, joiden merkitys ja sisältö vaihtelevat eri ikäkausina ja elämäntilanteesta riippuen. Elämään tyytyväisyyttä on pidetty erityisesti ikääntyvien elämänlaadun tärkeänä ulottuvuutena (Fonseca ym. 2008, Good 2008). Terveyden heikkeneminen taas on yhteydessä heikompaan elämänlaatuun ja vähäisempääm tyytyväisyyteen (Bowling ym. 2003, Fonseca ym. 2008).

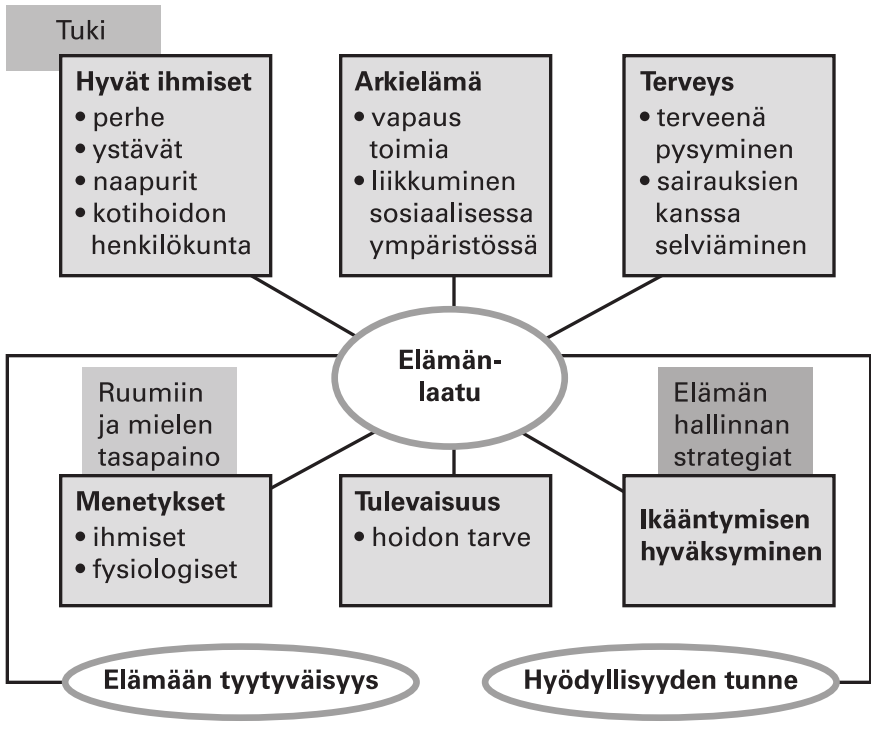
Ann Bowling (1997) analysoi 73 erilaista elämänlaadun tutkimuksissa käytettyä mittaria ja löysi yli tuhat erilaista elämänlaatuun liittyvää tekijää. Tämän perusteella voidaan todeta, että elämänlaatu on hyvin moniulotteinen ilmiö ja siihen liittyvät painoarvot vaihtelevat tilanteittain, henkilöittäin ja kulttuureittain. Tutkijoilla on kuitenkin yhteinen näkemys siitä, että terveys liittyy olennaisesti elämänlaatuun kaiken ikäisillä ihmisillä (Bowling 1997, Blane ym. 2008, Fonseca ym. 2008). Ikääntyneille terveys merkitsee terveyden säilymistä mahdollisimman hyvänä ja sairauksista selviytymistä. (Hambleton ym. 2008.)

Ikääntyvien elämänlaatu

Ikääntyvistä käytetään muun muassa nimityksiä ikäihmiset, ikääntyvät, ikääntyneet vanhukset ja seniorit. Ikääntyneet ja vanhukset voidaan käsitteellisesti erottaa toisistaan käyttämällä käsitteitä ”kolmas ikä” ja ”neljäs ikä”. Kolmannella iällä, niin sanotulla seniori-iällä, tarkoitetaan työelämän jälkeistä, 20–30 vuotta jatkuvaa elämänvaihetta. Neljäs ikä viittaa varsinaiseen vanhuuteen, jolloin hoidon tarve ja riippuvuus muista ihmistä lisääntyy iän mukanaan tuomien sairauksien ja selviytymisongelmien vuoksi. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003.)

Ikääntyvien elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät tulevatvat yhä tärkeämmiksi vanhustenhuollon palvelujen suuntaamisessa, koska ikääntyneiden määrät kasvavat lähivuosikymmeninä länsimaissa. Tulevaisuudessa Euroopassa on ikääntyneitä enemmän kuin missään muualla maailmassa. On odotettavissa, että vuonna 2020 useissa Euroopan maissa yli 65-vuotiaita on 25 prosenttia väestöstä. (United Nations Organizations 2002.) Vuonna 2020 Suomessa on arvioiden mukaan noin 1,3 miljoonaa yli 65-vuotiasta kansalaista (Tilastokeskus 2007).

Yksi ikääntyvien elämänlaatua määrittävä tekijä ovat ”hyvät ihmiset” eli perheenjäsenet, ystävät, naapurit ja kotihoidon henkilökunta. Toinen olennainen tekijä on se, että ikääntynyt voi elää omassa kodissaan niin kuin haluaa eli tehdä omia askareitaan ja hoitaa kodin ulkopuolisia asioita sosiaalisessa ympäristössään. Nämä mahdollisuudet lisäävät itsenäisyyttä ja oman elämän hallinnan tunnetta (Bowling ym. 2003, Fonseca ym. 2008, Hambleton ym. 2008). Tärkeää on, että toimintakyky säilyy niin hyvänä, että arjen askareet sujuvat. Arkielämän sujumiseen liittyy olennaisesti ikääntyneiden liikkumiskyky (Hammar 2008). Liikkuminen parantaa sydämen toimintaa, lihaskuntoa, energi-



Kuva 2.14 Kooste ikääntyvien elämänlaatuun yhteydessä olevista tekijöistä. (Bowling ym. 2003, Fonseca ym. 2008, Hamleton ym. 2008, Henwood & Bartlett 2008.)

syyttä, yleistä toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. (Henwood & Bartlett 2008.) Ikääntymisen hyväksyminen on sopeutumista siihen, että ikääntymiseen kuuluvat toimintakyvyn ja terveyden heikkeneminen, erilaiset menetykset ja huolet tulevaisuudesta. (Hambleton ym. 2008.) Ikääntyvien elämänlaatua voidaan kuvata ruumiin ja mielen tasapainon ja toisaalta itsenäistä selviytymistä edistävän tuen ja elämänhallintastrategioiden kautta (Bowling ym. 2003).

Ikääntymiseen ja iän tuomiin muutoksiin sopeutumista lisää hyödyllisyyden kokemus, joka on liitetty ikääntyneiden elämänlaatua määrittäviin tekijöihin (Bowling ym. 2003). Sosiaaliset verkostot eivät liity niinkään elämään tyytyväisyyden kokemuksiin, vaan niillä on enemmän merkitystä yleisen elämänlaadun määrittäjinä (Fonseca ym. 2008).

Ikääntyvien terveys ja toimintakyky elämänlaadun määrittäjinä

Terveys ja toimintakyky ovat WHO:n määritelmissä keskeisiä hyvinvoinnin määrittelyn käsitteitä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä sitä, kuinka hyvin ja itsenäisesti ihminen suoriutuu arkipäivän askareistaan (Martelin & Kuosmanen 2007). WHO:n toimintakyvyn, toiminnanvajauksen ja terveyden kansainvälisessä luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF-luokitus) toimintakyky määritellään laajasti koostuvaksi fyysisestä toimintakyvystä, suorituksista ja osallistumisesta. Toimintakykyyn vaikuttavat terveyden lisäksi yksilö- ja ympäristötekijät. Tärkeitä yksilötekijöitä ovat sosiodemografiset ominaisuudet (ikä, sukupuoli, koulutus), elämänhistoria, psyykkiset ominaisuudet ja ihmisen elämän tavoitteet. (Ojala 2004.)

Toimintakykyä tarkastellaan usein fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintana. Fyysisen toimintakyvyn tärkeimpiä indikaattoreita ovat liikkuminen ja aistitoiminnot. Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua kognitiivisista tehtävistä, jotka vaativat muistamista, oppimista ja kielellisiä taitoja. Psyykkisen toimintakyvyn indikaattoreita ovat myös psyykkinen hyvinvointi, elämänhallinta ja selviytymiskeinot. Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan yleensä sosiaalisten suhteiden, kuten erilaisten yhteisöjen jäsenyyden, pohjalta.

On havaittu, että fyysinen, sosiaalinen ja psyykkinen aktiivisuus edistää toimintakyvyn säilymistä ja kohenemista. (Sakari-Rantala 2003, Martelin & Kuosmanen 2007.)

Uuden näkökulman toimintakyvyn tarkasteluun tuo Jyrki Jyrkämä, joka pohtii toimintakykyä sosiaaligerontologiassa käydyn keskustelun pohjalta. Keskustelussa kiinnitetään toimintakyvyn sijaan huomiota ihmisen toimijuuteen. Ajatus toimijuudesta painottuu sosiaalisen toimintakyvyn sijaan toimintakyvyn sosiaalisuuteen. Tämä tarkoittaa sitä, että toimintakykyä tarkastellaan mahdollisen toimintakyvyn sijasta käytössä olevana toimintakykynä. Esimerkiksi käden puristusvoimaa olennaisempaa on se, mihin kättä käytetään. Toimijuudessa kyse on siitä, kuinka ihminen toimii arkielämän tilanteissa. Jyrkämän (2007) mukaan toimijuus koostuu kuudesta ulottuvuudesta, jotka ovat ”osata”, ”haluta”, ”täytyä”, ”tuntea”, ”voida” ja ”kyetä”.

Osaamisella tarkoitetaan tietoja ja taitoja, joita ihmisellä on, ja haluaminen viittaa motivaatioon ja tavoitteisiin ikääntyvän elämäntilanteessa. Täytyä-ulottuvuus taas liittyy niihin rajoitteisiin ja pakkoihin, joita arkielämän tilanteissa voi olla. Rajoitteet voivat olla fyysisiä, sosiaalisia, moraalisia tai kulttuuriin liittyviä. Tuntea-ulottuvuus viittaa tilanteisiin ja asioihin liittyviin emootioihin, ja voida-ulottuvuus ilmentää arkielämän tilanteiden vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia. Kykeneminen taas liittyy fyysiseen toimintakykyyn. Toimijuudessa nämä ulottuvuudet kietoutuvat toisiinsa, ja kun arvioidaan ikääntyvän arkielämässä selviytymistä, niitä voidaan tarkastella kokonaiskuvan muodostamiseksi niistä voimavaroista, joita ikääntyneellä on käytettävissään. (Jyrkämä 2007.)

Vaikka ikääntyminen heikentää toimintakykyä, ihmiset sopeutuvat siihen esimerkiksi hankkimalla apuvälineitä tai pienentämällä tavoitteitaan. Toimintakyvyn muuttuminen toimintakyvyttömyydeksi lisää palvelujen tarvetta. Hyvä toimintakyky on merkittävimpiä kotona selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä. (Valtioneuvosto 2004.) Useassa Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (aikaisemmin Kansanterveyslaitoksen) tutkimuksessa on toimintakyvyn eri ulottuvuuksia, kuten liikkumiskykyä, arkiaskareista selviytymistä ja kognitiivisia toimintoja, selvitetty monipuolisesti haastatteluilla, kyselyillä ja erilaisilla mittauksilla. Näissä tutkimuksissa toistaiseksi saadut tulokset osoittavat, että useimmissa toimintakyvyn rajoitteissa on sosioekonomisia eroja. (Aromaa & Koskinen 2002.)

Toimintakyvyn tai toimijuuden kehityssuunta on oleellinen asia palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta. Lisääntyvätkö toimintakykyiset vuodet vai kasaantuvatko terveysongelmat ja sairaudet ikääntyneelle väestölle tulevaisuudessa? Sosiaali- ja terveysmenojen kehityksestä tehdyt ennakkolaskelmat osoittavat, että toimintakyvyn myönteisen kehityksen vaikutus kustannuskehitykseen voi olla jopa suurempi kuin ikärakenteen muutoksen merkitys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b, Valtioneuvosto 2004.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve riippuu yksilön kyvystä suoriutua itsenäisesti jokapäiväisistä tehtävistä, esimerkiksi kyvystä huolehtia itsestään, kodistaan ja läheisistään. Iäkkäiden hyvän toimintakyvyn tai toimijuuden edistäminen on tärkeää monista eri syistä. Toimintakyvyn heikkeneminen vähentää yksilön autonomiaa, elämänlaatua ja hyvinvointia. Lisäksi se voi kuormittaa läheisiä ihmisiä ja palvelujärjestelmää. Jos kasvavan iäkkään väestön toimintakykyä kyetään olennaisesti parantamaan, on helpompaa turvata huonokuntoisille heidän tarvitsemansa palvelut myös tulevaisuudessa. (Koskinen, Martelin & Sainio 2006.)

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan eläkeikäisten määrä kasvaa Suomessa 56 prosenttia vuoden 2004 tilanteesta vuoteen 2020 mennessä. Terveys- ja vanhustenhuollon palvelujen tarve kasvaa samassa suhteessa, jos iäkkäiden sairastavuus ja toimintakyky säilyvät nykyisellään. Viime vuosikymmenten kehityksen suunnassa näyttää kuitenkin mahdolliselta, että iäkkäiden terveys ja toimintakyky kohenevat, jolloin palvelujen tarve ei kasva yhtä nopeasti kuin iäkkäiden määrä. (Koskinen, Reunanen & Aromaa 2004.) Nämä tutkimustulokset koskevat alle 85-vuotiaita, kun taas 85 vuotta täyttäneiden toimintakyky ei näytä juuri kohentuneen kahden viime vuosikymmenen aikana. Liikkumiskyky ja suoriutuminen vaikeuksitta itsestä huolehtimiseen liittyvistä perustoiminnoista ovat jopa heikentyneet 75–84-vuotiaiden ryhmässä. Muutoksen suunta vaihtelee tarkasteltavan asian ja sukupuolen mukaan. (Martelin ym. 2005, Koskinen, Martelin & Sainio 2006.)

Toimintakyvyn ja elämänlaadun yhteydestä voidaan tiivistetysti todeta, että tunne hyvästä selviytymisestä arkielämässä parantaa elämänlaatua. Tarvitaan kuitenkin pitkäkestoisia seurantatutkimuksia selvittämään liikkumiskyvyn menetystä tai säilymistä ennustavia tekijöitä (Sipilä, Sihvonen & Sainio 2007). On todettu, että liikunnan vähäisyys on sairauksien ja ikääntymiseen liittyvien muutosten lisäksi toiminta-

kykyä heikentävä tekijä. Ei kuitenkaan tiedetä, millainen määrä passiivisuutta aiheuttaa liikkumiskyvyn ja sitä kautta toimintakyvyn menetystä. Ikääntyneillä, joiden toimintakyky on heikentynyt, liikuntakyvyn parantamiseen tähtäävät interventiot ovat olleet erityisen vaikuttavia ja elämänlaatua parantavia.

Ikääntyvien palvelut tarpeiden ja elämänlaadun näkökulmasta

Terveyden ylläpitäminen ja toimintakyvyn säilyttäminen ja paraneminen ovat ikääntyneiden kotona asumisen edellytyksiä, joten niitä korostetaan kansallisissa vanhustenhuollon ohjelmista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a). Palvelujen tarjoaminen ikääntyneiden tarpeisiin on tärkeää elämänlaadun näkökulmasta, koska kotihoidon henkilökunta kuuluu myös niihin ”hyviin ihmisiin”, jotka ovat ikääntyneille tärkeitä elämänlaadun kannalta. Lisäksi ikääntyvien avun tarpeen tulevaa lisääntymistä voidaan vähentää räätälöidyillä palveluilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 2008b.)

Jokaisen ikääntyvän yksilöllinen palvelutarpeen arviointi on välttämätöntä, jotta palvelut kohdistuvat oikein ja tehokkaasti. Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Kiireettömissä tapauksissa 80 vuotta täyttäneillä ja Kelan maksaman suurimman hoitotuen saajilla on oikeus sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta kunnan viranomaiseen. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 40a §, Voutilainen 2006.)

Tieto kunnan tai seudun väestön toimintakyvystä, sairastavuudesta, väestörakenteen ja asuin- ja elinolojen kehityksestä auttaa kuntien päätöksentekijöitä kehittämään ikääntyneiden kuntalaisten tarpeita vastaavia palveluja. Erityisesti dementoivat sairaudet, heikko fyysinen toimintakyky, puutteelliset lähipalvelut, yksin asuminen, asuin- ja lähiympäristön esteellisyys ja sosiaalisten verkostojen puute lisäävät ikääntyneiden palvelujentarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006c.)

Selviytyminen arkielämässä ja avun tarve muuttuvat eri tekijöiden vaikutuksesta. Selviytyminen voi heikentyä tilapäisesti sairastumisen tai menetysten vuoksi. Palvelun tulee olla dynaamista ja asiakkaan tarpeisiin perustuvaa. Palvelutarpeen arvioinnissa on otettava huomioon

kaksi näkökulmaa: ikääntyvien subjektiiviset tarpeet ja voimavarat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden arvio tilanteesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006c.) Kotiympäristössä voidaan arvioida paremmin sellaisia avun ja palvelun tarpeita, joita ei voida havainnoida terveydenhuollon vastaanotoilla. Monipuolinen tarpeiden arviointi edellyttää moniammatillista tiimityötä. (Vass ym. 2007.)

Terveyden edistämisen kansalliset linjaukset ikääntyvien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä

Kansallisissa linjauksissa ikääntyvien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä korostetaan terveyttä ja toimintakykyä, ennalta ehkäisevää toimintaa, riskien hallintaa ja varhaista puuttumista sekä arkielämää helpottavia toimintamalleja. Tavoitteena on taata ikääntyville hyvä elämä ja mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään.

Terveys ja toimintakyky ovat avaintekijöitä ikääntyvien arkielämän sujumisen ja elämänlaadun turvaamisessa. Keskeisenä tavoitteena ikääntyneiden terveyden edistämisen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on näkemys terveydestä ja toimintakyvystä laajasti fyysisenä, kognitiivisena, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin lisäämisen näkökulmasta olennaista on, että asiakas ja mahdollisesti hänen lähiomaisensa osallistuvat tarvittavista palveluista ja kotiin liittyvistä korjaustoimista päättämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Arkielämän helpottamista tukevat toimintamallit ja varhaisen puuttumisen keinot korostuvat ikääntyvien hyvinvoinnin tukemisessa. Erityisesti sosiaalisia suhteita ylläpitävään toimintaan on tärkeää panostaa. Aktiivisuutta sosiaalisissa suhteissa tuetaan kodin ja lähiympäristön esteettömyydellä, toimivuudella ja turvallisuudella. Esteetön liikkuminen kotona ja lähiympäristössä ovat tärkeitä myös tapaturmien ehkäisemiseksi. Ikääntyneiden mahdollisuudet osallistua liikuntaan, opiskeluun, järjestötoimintaan ja kulttuuritapahtumiin ovat keinoja sosiaalisten yhteyksien ylläpitämiseen ja yksinäisyyden vähentämiseen. On tärkeää löytää uusia toimintamalleja kasvavan vanhusväestön itsenäisen selviytymisen tukemiseen. Tämän toiminnan arvioimiseen ja kehittämiseen tarvitaan asiakkailta säännöllisesti kerättä-

vää palautetietoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 2003a, 2003b, 2006b, 2008a, 2008b).

Ennaltaehkäisyn, riskien hallinnan ja varhaisen puuttumisen ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta ikääntyneiden hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen on saatu tutkimusnäyttöä. Ikääntyville onkin turvattava mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta sellaisissa neuvontapisteissä, jonne on helppo mennä. Ennakoivat kotikäynnit kuntien palveluvalikoimissa olisi suunnattava niille ikääntyville, jotka eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina mutta kuuluvat riskiryhmiin (esimerkiksi syrjäytymisvaarassa olevat ikääntyneet). Fyysisen toimintakyvyn parantamiseen liittyvät kuntoutuspalvelut ja lihaskuntoa ja tasapainoaistia vahvistavat liikuntapalvelut lisäävät itsenäisyyttä ja arkielämässä selviytymistä. (Stakes 1999, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.) Kun ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveyden heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajausten syntymistä ja ongelmien kasautumista ja kärjistymistä. Varhainen puuttuminen edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöönottoa ja lisäämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.)

”Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä” linjasi ikääntyneiden hoitotyön kehittämiskohteiksi kotihoidon saatavuuden parantamisen ja terveyttä edistävien kotikäyntien kehittämisen. Ennakoivalla, toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla voidaan ehkäistä ja siirtää hoidon ja palvelujen tarvetta myöhemmäksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a.)

Ikääntyvien terveyden edistämisen tavoitteena on itsenäinen selviytyminen ja vireä vanhuus, jotka tukevat kotona asumista mahdollisimman pitkään. Suomessa 75 vuotta täyttäneistä hieman vajaa 90 prosenttia asuu kotona, ja osuus on pysynyt koko 2000-luvun lähes samana. Vuonna 2005 kotona asuvia yli 75-vuotiaita oli 89,6 prosenttia ikäryhmästä. (Voutilainen 2007, www.sotkanet.fi.)

Ikääntyneiden palvelujen laatusuositusta päivitetään tarpeen mukaan ottamalla huomioon hallitusohjelman linjaukset, ikääntymispolitiikan valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset, uusin tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset. Suosituksen tavoitteena on lisätä ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.)

Palvelurakenteen tavoitteellinen muuttaminen lisäämällä kotona asumista tukevia palveluja ja vähentämällä laitoshoitoa hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua tulevaisuudessa. Ellei rakennemuutosta tehdä, kustannuksia on vaikea hallita tilanteessa, jossa väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.)

Omilla arkielämän valinnoilla on myös merkitystä terveyden edistämisessä ja hyvinvoinnin lisäämisessä. Ihmisten vastuu omastaan ja läheistensä hyvinvoinnista on monien valintojen summa, josta voidaan todeta, että tietoa terveyden edistämiseen on saatavilla runsaasti mutta vain omat valinnat ja päätökset voivat muuttaa toimintatapoja niin, että ne lisäävät hyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.)

Ikääntyneiden ennakoivat kotikäynnit

Ennakoivilla (käytetään myös ”ehkäisevät kotikäynnit” käsitettä) kotikäynneillä tarkoitetaan yleisesti sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijän käyntiä niiden kotonaan asuvien ikääntyneiden luona, jotka eivät ole säännöllisten kotipalvelujen käyttäjiä. Ikääntyvä päättää itse, haluaako hän kotikäynnin. (Hedriksen & Vass 2005, Viipola 2007, Avlund ym. 2008, Kälviäinen 2008.)

Ennakoivat kotikäynnit kuuluvat palveluohjauksen toimintamuotoihin. Palveluohjaus on sosiaalityön kehittämisen kautta Suomeen juurrutettu toimintamalli, joka on peräisin Yhdysvalloista. Suomessa käsite tuli tunnetuksi 1990-luvulla Ala-Nikkolan ja Sipilän artikkelista, jossa he pohtivat yksilökohtaisen palveluohjauksen mahdollisuuksia palvelujen yhteensovittamisessa. (Ala-Nikkola & Sipilä 1996.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjät ovat usein henkilöitä, joiden kyky selviytyä arjen tilanteista on heikentynyt. Palveluohjauksella pyritään koordinoimaan asiakkaille heidän tarvitsemiaan palveluja ja lisäämään heidän tietoaan niistä palveluista, joihin heillä on oikeus. (Hyttinen 2003, Säikkä 2007.)

Palveluohjausta voidaan antaa joko yksilökohtaisena tai yhteisöllisenä toimintana. Yksilökohtainen palveluohjaus on työtä, jossa palveluohjaaja ja asiakas yhdessä räätälöivät palvelujen kokonaisuutta asiakkaan tarpeisiin. Se on prosessi, jossa edetään tavoitteellisesti prosessin vaiheiden mukaisesti palvelusuunnitelman laatimiseen, toteutta-

miseen, seurantaan ja arviointiin. Yhteisöllisessä palveluohjauksessa taas jokin yhteisö on palveluohjauksen kohteena. Yhteisöllinen palveluohjaus tavoittaa erilaisia ihmisiä kuin yksilöllinen palveluohjaus. Se on ehkäisevää työtä, jolla on mahdollisuus tavoittaa sellaisia ihmisiä, jotka eivät ole vielä palvelujen käyttäjiä. Tavoitteena on, että annetaan informaatiota palveluista ja asiakas päättää itse, hakeutuuko hän niiden käyttäjäksi. (Pietiläinen & Seppälä 2003, Säikkä 2007.)

Ennakoivia kotikäyntejä voidaan pitää ikääntyneiden palveluiden järjestämisen preventiivisenä toimintamuotona. Kotikäynnin tavoitteena on tukea ikääntyneen terveyttä, kotona selviytymistä ja voimavaroja sairauksien ehkäisyn (esim. liikunta ja rokotusohjelmat), hoidon (esim. piilevien sairauksien toteaminen) ja kuntoutuksen (esim. lääkkeiden käytön valvonta, kuntoutustoimet) avulla. (Hedriksen & Vass 2005, Stuck ym. 2008.)

Ennakoivilla kotikäynneillä pyritään vaikuttamaan ikääntyneiden elämänlaatua heikentäviin tekijöihin, kuten yksinäisyyteen, turvattomuuteen, kaatumistapaturmiin, väärään lääkityksen käyttöön ja ravitsemukseen liittyviin asioihin. Asiakasta ohjataan tarpeen mukaan palvelujen hakemisessa. (Harjula ym. 2007, Viipola 2007, Avlund ym. 2008, Kälviäinen 2008.) Lisäksi kotikäynnin tavoitteena on välittää tietoa palveluista ja antaa neuvoja, arvioida asunnon muutostöiden tarvetta ja aktivoida ikääntyneiden omia voimavaroja toimintakykyisyyden säilyttämisessä. Käynnin aikana arvioidaan ikääntyneen fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä sekä mahdollisia tulevia palvelutarpeita. Tavoitteena on ennakoida ikääntyvien avun tarve ja selvittää lähiympäristön tapaturmariskit ja varmistaa vaarattomat kulkureitit kotona.

Ennakoivien kotikäyntien historiasta

Ennakoivat kotikäynnit ovat Pohjoismaiden lisäksi kuuluneet kansallisiin terveyspoliittisiin ohjelmiin monissa maissa, kuten Englannissa, Australiassa, Kanadassa, Yhdysvalloissa, Hollannissa ja Sveitsissä (Stuck ym. 2002). Ennakoivista kotikäynneistä pitkäaikaisin kokemus Skandinaviassa on Tanskalla. Tanskassa ennakoivat kotikäynnit ovat olleet lakisääteisiä vuodesta 1998, jolloin laissa säädettiin, että kunnat ovat velvollisia järjestämään kotikäynnin kaikille 75-vuotiaille ja sitä vanhemmille kansalaisille kahdesti vuodessa. Noin 60 prosenttia ikääntyneistä on ottanut vastaan kotikäynnin. (Hedriksen & Vass 2005, Avlund ym. 2008.)

Ennakoivat kotikäynnit terveyden edistämisen menetelmänä otettiin Suomessa käyttöön 2000-luvun alussa Tanskasta saatujen kokemusten perusteella. Suomen Kuntaliitto osallistui vuosina 2001–2003 ”Ehkäisevät kotikäynnit” -kehittämishankkeeseen kymmenen kunnan kanssa. Hankkeessa kehitettiin, kokeiltiin ja arvioitiin ikääntyneiden ehkäisevien kotikäyntien toimintamalleja. Hankkeen tavoitteena oli tuottaa tietoa kotikäynneistä kuntien käyttöön. Hankkeen loppumisen jälkeen monissa muissa kunnissa käynnistettiin vastaavia hankkeita. (Häkkinen & Holma 2004, Viipola 2007.)

Vuonna 2001 ennakoivia kotikäyntejä tehtiin 36 kunnassa mutta vuonna 2005 jo lähes sadassa kunnassa (Toljamo ym. 2005). Vuonna 2007 ennakoivia kotikäyntejä järjestettiin 188 kunnassa ja suunnitteilla ne olivat 65 kunnassa. Sen sijaan 93 kunnassa niitä ei järjestetty lainkaan ja 70 kunnan tiedon puuttuivat. Alle 80-vuotiallle järjestettiin ennakoivia kotikäyntejä 69 kunnassa, ja suunnitteilla ne olivat 28 kunnassa. Yli 80-vuotiaille ennakoivia kotikäyntejä suunniteltiin 33 kunnassa. (Stakes 2008.)

Ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuus

Noin kolmasosa terveydenhuollon kustannuksista teollisuusmaissa koostuu yli 70-vuotiaiden hoitokuluista. Kun ikääntyneiden määrät kasvavat, myös terveydenhuollon kustannukset kasvavat. (van Hout ym. 2005.) Kustannusten kasvamisen hillitsemiseksi tarvitaan keinoja, joilla voidaan taata ikääntyneille laadukasta elämää myös heidän elämänsä loppuvuosiksi. Ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuudesta on ristiriitaisia tuloksia. Vaikka jotkin ohjelmat ovat osoittautuneet tehokkaiksi, on epäselvää, voidaanko ennakoivilla kotikäynneillä ehkäistä ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemistä, mitkä toimet ovat todella tehokkaita ja minkälaiselle ryhmälle kotikäynnit ovat tehokkaimpia. (Stuck ym. 2000.)

Ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuus (Hendriksen & Vass 2005, 32):

- Ikääntynyttä kunnioitetaan ja hänet otetaan mukaan päätöksentekoon. Lisäksi hänelle annetaan vastuuta ja hänen tietoaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista lisätään.
- Luottamus paranee, itsetunto kohoaa, ja mahdollisuudet omien voimavarojen käyttöön ja avun vastaanottamiseen perheeltä, ystäviltä ja yhteisöltä lisääntyvät.

- Itsehoito ja sairauksiin sopeutuminen paranevat.
- Seuraus: Toimintakyky paranee, sairaala- ja laitoshoidon tarve vähenevät.

Ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuus toimintakykyyn ja päivittäiseen selviytymiseen oli puolentoista vuoden seurannassa naisasiakkailla parempi kuin miestenasiakkailla (Avlund ym. 2005). Ruotsissa käynnistettiin vuona 1999 laaja ennakoivien kotipalvelujen kolme vuotta kestänyt tutkimushanke, jossa kokeiltiin erilaisia ennakoivien kotikäyntien malleja 21 kunnassa. Skånen alueella toteutetun tutkimuksessa kotonaan asuvien 78 vuotta täyttäneiden fyysinen ja sosiaalinen aktiivisuus lisääntyi, heidän turvallisuuden tunteensa lisääntyi ja he tunsivat paremmin saatavilla olevat palvelut kuin ennen tutkimusta. Kotikäyntejä suorittavat työntekijät olivat työhönsä tyytyväisempiä, ja heidän asenteensa työhön muuttui positiivisemmaksi. (Theander & Edberg 2005.) Toisessa ruotsalaistutkimuksessa ennakoivien kotikäyntien vaikutus kuolleisuuteen oli kuitenkin kyseenalainen, koska kahden vuoden seuranta-ajan lopussa 75 vuotta täyttäneiden kuolleisuus oli samanlainen koe- ja kontrolliryhmissä. Eroja kuolleisuudessa oli vain intervention keston ajan koe- ja kontrolliryhmässä. Koeryhmässä kuolleisuus oli pienempi kuin kontrolliryhmässä. (Sahlen ym. 2005.)

Saksalaisessa tutkimuksessa ennakoivien kotikäyntien suorittamistavat, tavoitteellisuus ja vaikuttavuus ovat epäselviä. Tarvitaan lisätutkimuksia kotikäyntien tavoitteista, käyttökelpoisuudesta ja edellytyksistä palvelujärjestelmässä. (von Rendeln-Kruse ym. 2003.) Walesissa taas ennakoivat kotikäynnit ovat melkein loppuneet siitä syystä, että ikääntyneet eivät halunneet niitä (Clark 2001).

Ennakoivat kotikäynnit asiakkaiden ja henkilökunnan kokemana

Ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuudesta ei ole kiistatonta näyttöä (Haastregt ym. 2000, Elkan ym. 2001, Stuck ym. 2002, Hallberg & Kristensson 2004). Clark (2001) suhtautuu myös kriittisesti tutkimustuloksiin. Kotikäyntien vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan paljon enemmän tietoa kuin nyt on saatavilla, erityisesti siitä, kenelle ja kuinka palvelua tarjotaan. Lisäksi hän arvioi, että kotikäyntien vaikuttavuuden arviointiin liittyy sekoittavia prosesseja, jotka ovat luonteeltaan enemmän sosiaalisia kuin hoidollisia.

Teuvan kunnassa arvioitiin ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuutta vuosina 2005–2006. Tutkimuksen tuloksena todetaan, ettei ennakoivia kotikäyntejä kannata tehdä alle 80-vuotiaille, koska kaikki kieltäytyvät haastatteluista. Sen sijaan yli 80-vuotiaille on syytä järjestää ennakoivia kotikäyntejä, koska tässä ryhmässä havaittiin jatkotoimien tarpeellisuus kotona selviytymisen tukemisessa. (Harjula ym. 2007.) Tanskalaistutkijat tulivat aiemmin samoihin päätelmiin omissa tutkimuksissaan. (Hendriken & Vass 2005, Vass ym. 2007.)

Ikääntyneet pitivät ennakoivia kotikäyntejä hyödyllisinä (Theander & Ekberg 2005), joskin tästä näkökulmasta vain vähän tutkimustietoa (Markle-Reid ym. 2006). Ennakoivat kotikäynnit parantavat fyysistä toimintakykyä ja voivat siirtää tai vähentää laitoshoitoon joutumista (Elkan ym. 2001, Stuck 2002, Hendriksen & Vass 2005, Avlund ym. 2007). Ennakoivien kotikäyntien vaikutuksia terveyteen tai hyvinvoinnin edistämiseen on vaikea arvioida, koska tulokset ovat ristiriitaisia eivätkä mittaustavat ole vertailukelpoisia (Nicolaides-Bouman 2004, Avlund ym. 2007).

Tanskassa 40 prosenttia kieltäytyy ennakoivista kotikäynneistä. Syitä kotikäynneistä kieltäytymiseen on selvitetty useissa tutkimuksissa. Tulosten mukaan psykologiset ominaisuudet, kuten vahva elämänhallinnan tunne, positiivinen tulevaisuuteen suhtautuminen ja hyvät sosiaaliset suhteet, ovat yhteydessä ennakoivien kotikäyntien vastaanottamiseen ja muutenkin itsestä huolehtimiseen. Masentuneet ja yksinäiset sen sijaan eivät osallistu ennakoiviin palveluihin. Lisäksi miesten ja naisten välillä on eroja kotikäyntien vastaanottamisessa. Ikääntyneet, väsyneet miehet osallistuivat kotikäyntiohjelmaan ehkä sen vuoksi, että he yhdistävät kotikäynnin hyvinvointinsa edistämiseen. Lisäksi he toivoivat, ettäkotikäynnit auttaisivat heitä fyysisissä ongelmissa. Naiset, joilla oli psyykkisiä ongelmia, ottivat ehkäisevän kotikäynnin vastaan ainakin kerran kolmen vuoden seuranta-aikana. Toisaalta taas sosiaalisesti aktiiviset naiset ottivat kotikäynnin vastaan useammin kuin ne, joilla oli vähemmän sosiaalisia suhteita. (Avlund ym. 2008.)

Ennakoivien kotikäyntien kehittämishaasteet

Tiedetään, että yli 80-vuotiaat hyötyvät ennakoivista kotikäynneistä enemmän kuin nuoremmat ikääntyneet. Sen sijaan ei tiedetä, mistä johtuu miesten ja naisten ero kotikäyntien hyödyllisyydessä. Johtuuko se kotikäyntien sisällöistä, sosiaali- ja terveydenhuollon organisa-

torisista tekijöistä, kunnan rakenteellisista tekijöistä, kotikäyntejä tekevän työntekijän ja ikääntyneen yksilöllistä tekijöistä vai monista eri tekijöistä?

Tutkimusten mukaan ennakoivien kotikäyntien kehittämishaasteiksi nousevat kotikäyntien sisällöllinen kehittäminen ja henkilökunnan kouluttaminen. Jotta hyviin tuloksiin päästään, tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, henkilökunnan pysyvyyttä ja systemaattista kouluttamista. Kotikäyntien neuvontaan tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta vaikuttavuus olisi samanlaista valtakunnallisesti. (Vass ym. 2006.)

Tiivistetysti kirjallisuuskatsauksesta voidaan todeta, että valtakunnallisilla ikääntyvien terveyden edistämisen linjauksilla haetaan niitä ennakoivia ja innovatiivisia ratkaisuja, joilla voidaan tukea ikääntyvien kansalaisten terveyttä ja toimintakykyä ja siten vaikuttaa siihen, että elämän viimeisetkin vuodet olisivat laadukkaita. Ikääntyvän kokemus hyödyllisyydestä tuo elämään tyytyväisyyttä. Sosiaalisen ympäristön ihmissuhteet, jotka koetaan hyviksi ja auttaviksi, ovat niitä elämänlaadun kantavia voimia, joita jokainen ikääntyvä tarvitsee arjen askareistaan selviämiseen (kuva 2.15).

Kuva 2.15 Ikääntyvien elämänlaatu, hyvinvointi ja terveyden edistäminen.

Edistävätkö ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä?

Ennakoivien kotikäyntien terveyttä edistävästä vaikutuksesta ei ole kiistatonta näyttöä niissä maissa, joissa käytäntö ollut pitemmän aikaa käytössä. Alle 75-vuotiaat eivät todennäköisesti tarvitse tämän tyyppisiä palveluja, mutta heitä vanhemmat saattavat hyötyä palvelujen tarpeen arvioinnista ja siten löytää toimintakykyään tukevia palveluja. Jos arvioidaan, että liikunta ja sosiaalinen aktiivisuus pitävät parhaiten yllä toimintakykyä, tulevaisuuden ikääntyneistä suomalaisista tuskin tarvitsee olla huolissaan. Suomessa Kuntourheiluliiton tutkimukseen osallistuneet 66–79-vuotiaat liikkuvat ahkerasti ja monipuolisesti. Tästä ikäluokasta 10 prosenttia ei kuitenkaan harrasta liikuntaa lainkaan (Suomen Kuntourheiluliitto 2008). Tämän joukon aktivoimiseksi tulisikin löytää sopivia terveyttä edistäviä harrastusmuotoja. On tosin otettava huomioon, että monet sairaudet heikentävät aktiivista liikkumista. Tällöin terveyttä edistävä toiminta tulee suunnata psyykkisen ja sosiaalisen aktiivisuuden ylläpitämiseen tukemalla yhteisöllisiä harrastustoimintoja. Jotkut iäkkäät hyötyvät enemmän kuntoutuksesta kuin ennakovista kotikäynneistä (Stuck ym. 2000).

Jos ennakoiviin kotikäynteihin sijoitetut varat suunnataan ikääntyneiden sosiaalisen aktiivisuuden lisäämiseen, hyöty saattaa olla kotikäyntiä suurempi. Aikaisempien tutkimusten mukaan ennakoivilla kotikäynneillä ei ole ollut merkittävää vaikutusta psykososiaaliseen toimintakykyyn (van Haastregt ym. 2000). Kun kohderyhmänä ovat vanhukset, yli 80-vuotiaat kansalaiset, hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu on kuolleisuutta parempi mittari osoittamaan jonkin toimen vaikuttavuutta. Jos ennakoivilla kotikäynneillä voidaan osoittaa terveyteen liittyvän elämänlaadun kohoamista, niitä voidaan suositella vanhimmille ikääntyville. Jotta näitä hyötyjä voidaan arvioida, tarvitaan yhtenevät kriteerit terveyden ja toimintakyvyn mittaamiseen valtakunnallisesti. On myös pohdittava kotikäyntien vaikuttavuutta arvioivien tutkimustulosten mukaan vaihtoehtoisia ikääntyneiden terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviä ja parantavia palvelumuotoja. Erityisesti kuntouttavat palvelut ja niiden kehittäminen on tärkeä ottaa huomioon palvelujuiden kehittämisessä. Kotiin tuleva tai palvelutaloissa ryhmäohjausta antava liikunnanohjaaja toisi virkistystä monien ikääntyneiden elä-

mään, parantaisi liikkumiskykyä, kohottaisi elämänlaatua ja vähentäisi terveydenhuollon palvelujen käyttämisen paineita.

Ennakoivien kotikäyntien rinnalla on kehitettävä internetpohjaisia palvelujen hakuoppaita siten, että ne ovat riittävän helppokäyttöisiä ja kattavia. Voidaan olettaa, että tulevaisuudessa suurin osa ikääntyneistä hakee ensisijaisesti tietoa internetistä.

➟ Tehtäviä

1. Selvitä, miten ikääntyneiden elämänlaatua ja toimintakykyä tuetaan omassa kunnassasi.
2. Haastattele omia vanhempiasi tai isovanhempiasi tai muita ikääntyneitä heidän toiveistaan ja elämästään (miten he haluavat asua, minkälaisia palveluja he haluavat, kenen palveluja pitäisi järjestää, ja kuinka paljon palvelut saavat maksaa).
3. Mieti, minkälaisia palveluja sinä haluaisit ikääntyneenä.
4. Selvitä, tehdäänkö omassa kunnassasi ennakoivia kotikäyntejä. Minkä ikäisille niitä mahdollisesti järjestetään ja kuinka usein?
5. Lue Ernest Hemingwayn teos Vanhus ja meri. Pohdi, mistä tekijöistä kirjan päähenkilön elämänlaatu koostuu.

Oheiskirjallisuutta

Ala-Nikkola M, Sipilä J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa A Metteri (toim.). Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki.

Aromaa A, Koskinen S (toim.). 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. Helsinki. Saatavana osoitteessa http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html (20.8.2008).

Avlund K, Vass M, Kvist K, Hendriksen C, Keiding N. 2005. Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. Journal of Clinical Epidemiology 60, 945–962.

Avlund K, Vass M, Lund R, Yamada Y & Hendriksen C. 2008. Influence of psychological characteristics and social relations on receiving preventive home visits in older men and women. European Journal of Ageing 5, 191–201.

Blane D, Netuveli G, Montgomery SM. 2008. Quality of life, health and psychological status and change older ages. Social Science & Medicine 66(7), 1579–1587.
Bowling A. 1997. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Open University Press, Buckingham.
Bowling A. 2001. Measuring disease. 2. painos. Open University Press, Buckingham.
Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowling L, Evans O, Fleissig A, Danister D & Sutton S. 2003. 'Let's ask them': a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. International Journal of Ageing and Human Development 56, 269–306.
Bowling A, Seeta S, Morris R, Ebrahim S. 2007. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. Age and Ageing 36, 310–315.
Clark J. 2001. Preventive home visits to elderly people. British Medical Journal 323, 708, pääkirjoitus.
Cummins RA. 1997. Assessing quality of life. Teoksessa Brown RI. (toim.) Quality of life people with disabilities. Models, research and practice. Stanley Thornes Ltd, Padstow. 116–150.
Elkan R, Kendrick D, Dewev M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. 2001. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal 29, 323(7315), 719–725.
Fonseca AM, Paul C, Martin I. 2008. Life satisfaction and quality of life among elderly Portuguese living in the community. Portuguese Journal of Social Science 7(2), 87–98.
Good GA. 2008. Life satisfaction and quality of life of older New Zealanders with and without impaired vision: a descriptive, comparative study. European Journal of Ageing 5, 223–231.
Haas BK. 1999. Clarification and integration of similar quality of life concepts: Image: Journal of Nursing Scholarship 31(3), 215–220.
van Haastregt JCM, Diedericks JPM, Rossum E, Witte LP, Crebolder HFJM. 2000. Effects of preventive home visits to elderly people living in community: systematic review. British Medical Journal 320, 754–758.
Hallberg IR, Kristensson J. 2004. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. Journal of Clinical Nursing 13(6B), 112–120.
Hambleton P, Keeling S, McKenzie M. 2008. Quality of life is…: The views of older recipients of low-level home support. Social Policy Journal of New Zealand 33, 146–162.
Hammar T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa: kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tampereen yliopisto, Tampere.
Harjula I, Laaksonen H, Rinta-Säntti T, Tamsi S. 2007. Ennakoivat kotikäynnit Teuvan kunnassa vuosina 2005–2006. Gerontologia 2, 163.
Hendriksen C, Vass M. 2005. Preventive home visits to elderly people in Denmark. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 Suppl 1, 131–223.

Henwood TR, Bartlett HP. 2008. Measuring the impact of increased exercise on quality of life in older adults: the UQQoL, a new instrument. European Journal of Ageing 5, 241–252.
van Hout HPJ, Nijpels G, Harm WJ ym. 2005. Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care. BMC Geriatrics 5, 11. Saatavana osoitteessa http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11 (22.11.2008).
Huusko T, Pitkälä K. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa T Huusko, T Starndberg, K Pitkälä (toim.). Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Oy, 9–21.
Hyttinen L. 2003. Palveluohjauksen vaikuttavuutta määrittämässä. Teoksessa M Satka, A Pohjola & M Rajavaara (toim.). Sosiaalityö ja vaikuttaminen. SoPhi, Jyväskylä.
Jyrkämä J. 2007. Toimintakyky ja toimijuus – sosiaaligerontologinen näkökulma. Teoksessa T Martelin & N Kuosmanen (toim.). Ikääntymien ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki, 31–35.
Karisto A. 1984. Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden ja väestöryhmittäisistä eroista ja sairastavuudesta hyvinvoinnin valossa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46. Helsinki.
King CR, Hinds P. 1998. Quality of life from nursing and patient perspectives. Theory, research, practice. Jones and Bartlett Publishers, Kanada.
Koskinen S, Reunanen A, Aromaa A. 2004. Iäkkäiden toimintakyky on parantunut. Kansanterveys lehti. Saatavana osoitteessa http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1999/6_1999/iakkaiden_toimintakyky_on_parantunut/ (22.11.2008).
Koskinen S, Martelin T & Sainio P. 2006. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Duodecim 122(3), 255–256.
Kälviäinen T. 2008. Ennakoivat kotikäynnit Teuvalla 2008. Saatavana osoitteessa http://www.teuva.fi/kunta/pdf/terveystoimi/ennakoivat_kotikaynnit.pdf (8.1.2009).
Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafini A, Roberts J, Henderson SR. 2006. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. Medical Care Research and Review 63(5), 531–569.
Martelin T, Sainio P, Koskinen S. 2005. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33, Helsinki, 117–31. Saatavana osoitteessa http://www.vnk.fi/tiedostot/pdf/fi/90135.pdf (22.11.2008).
Martelin T & Kuosmanen N. (toim.) 2007. Ikääntyneet ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansaterveyslaitoksen julkaisuja B24. Helsinki.

Nicolaides-Bouman A, van Rossum E, Kempen G, Knipschild. 2004. Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. BMC Health Services Research. Saatavana osoitteessa http://www.biomedcentral.com/472-6963/4/35 (22.11.2008).
Ojala M (toim.). 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintavajeiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes, Helsinki.
Olsbo-Rusanen L, Väänänen–Sainio R. 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Ympäristöministeriö, Helsinki.
Pietiläinen E, Seppälä H. 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto, Helsinki.
von Renteln-Kruse W, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP. 2003. Preventive home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36(5), 378–291, esipuhe.
Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. 2006. Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. BMC Public Health 6 (220), 1–29.
Sakari-Rantala R. 2003. Iäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES, Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 142. Jyväskylä. Saatavana osoitteessa http://www.jyu.fi/sgt/142.pdf (18.11.2008).
Sipilä S, Sihvonen S, Sainio P. 2007. Liikkumiskyky – toimintakyvyn edellytys. Teoksessa T Martelin & N Kuosmanen (toim.). Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas Kansallinen ikääntymisen foorumi. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B24. Helsinki, 48–51.
Sosiaalihuoltolaki. 1982. Saatavana osoitteessa http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710 (15.8.2008).
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 4. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003a. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 18. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003b. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006a. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015- kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 19. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006c. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7.6.2006. Saatavana osoitteessa http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/rt1150108323228/passthru.pdf (15.12.2008).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008c. Ikääntyneiden palvelut. Uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 47. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
Suomen Kuntourheiluliitto. 2008. Senioriliikunta tutkimus 2004–2007. Saatavana osoitteessa www.kunto.fi (7.11.2008).
Stakes 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki.
Stakes. 2008. Ikääntyneiden, vammaisten, sosiaalisen luototuksen ja lasten päivähoidon tilastokysely kuntiin 2007. Saatavana osoitteessa http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/ikaantyneet.htm (14.11.2008).
Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, Leu RE, Beck JC. 2000. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Archives of International Medicine 160(10), 977–986.
Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck CJ. 2002. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 27, 287(8), 1022–1028.
Säikkä M. 2007. Keskellä seniorin arkea. Tavaratalon tiloissa toimiva ennaltaehkäisevä palveluohjaus Jyväskylässä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä.
Theander E, Edberg AK. 2005. Preventive home visits to older people in Southern Sweden. Skandinavian Journal of Public Health 33(5), 392–400.
Tilastokeskus. 2007. Väestöennuste 2007 iän ja sukupuolen mukaan, koko maa. Saatavana osoitteessa http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html (20.8.2008).
Toljamo M, Haverinen R, Finne-Soveri H, Malmivaara A, Sintonen H, Voutilainen P, Mäkelä M. 2005. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. FinSoc arviointiraportteja 4. Stakes, Helsinki.
United Nations Organizations. 2002. Word population ageing 1950–2021. UNO. New York.
Vaarama M. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus projekti. Loppuraportti ja suositukset. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7. Espoo.
Vaarama M, Luoma M-L, Ylönen L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa M Kautto (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes, Helsinki, 104–136.

Valtioneuvosto. 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Helsinki.
Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. 2004. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. Scandinavian Journal of Primary Care 22(2), 106–211.
Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. 2007. Prvenetive home visits to older people in Denmark – why, how, by whom, and when? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40(4), 209–216.
Viippola A. 2007. Ehkäisevä kotikäynti tukemassa ikäihmisen kotona asumista -selvitys ehkäisevien kotikäyntien nykytilanteesta Suomessa. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu. Stadia. Saatavana osoitteessa http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;66354;66357;128379 (15.8.2008).
Voutilainen P. 2006. Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia. Gerontologia 2, 169–170.
Voutilainen P (toim.). 2007. Laatua laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportteja 2. Stakes, Helsinki.
www.Sotkanet.fi (22.11.2008).

2.7 Verkostotyömenetelmien soveltaminen terveyttä edistävässä toiminnassa

Hilkka Honkanen

Verkostotyömenetelmiksi kutsutaan työmenetelmiä, joiden tavoitteena on edistää ihmisten välistä hyvää ja vastavuoroista kohtaamista. Useimmiten niitä tarvitaan tilanteissa, joissa useita ihmisiä eri tahoilta kokoontuu yhteen suunnittelemaan ja etsimään ratkaisuja monitoimijaista yhteistyötä vaativiin tilanteisiin. Niitä voidaan kuitenkin käyttää missä tahansa kohtaamisessa, jossa verkostosuhteista saattaisi olla hyötyä. Verkostotyömenetelmien tarkoitus on edistää sekä ammattilaisten keskinäistä että asiakkaiden ja ammattilaisten välistä vuoropuhelua, joka ei tutkimusten ja kokemusten mukaan ole aina helppoa ja ongelmatonta.

Verkostotyömenetelmiä on kehitetty jo vuosikymmenen ajan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Verkostotutkimus ja kehittämismenetelmät -ryhmässä ja niitä on sovellettu monenlaisiin tilanteisiin erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen toimintaympäristöissä. Menetelmien perusperiaatteet – tulevaisuuteen suuntautuva, voimavaroihin keskittyvä ja ratkaisuja etsivä puhekäytäntö, jokaisen osapuolen mielipiteitä kunnioittava ja innovoiva toimintastruktuuri sekä yhdessä sovitut tavoitteet ja toimintatavat – tekevät menetelmistä toimivia myös erilaisiin terveyden edistämisen toimintaympäristöihin ja tilanteisiin. Tässä artikkelissa kuvataan muutaman esimerkin avulla tilanteita, joissa verkostotyömenetelmiä on käytetty terveyttä edistävässä toiminnassa.

Johdanto

Terveyden edistämisessä korostuu sektorien rajat ylittävä, moniammatillinen ja monitoimijainen yhteistyö. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ja verkostosuuntautunut työote ovat keskeinen väline, jonka avulla voidaan vastata terveyden edistämisen ja varhaisen puuttumisen ja tukemisen kasvaviin haasteisiin niin yksilö- kuin yhteisötasollakin. Sektorien rajat ylittävästä yhteistyöstä käytetään myös nimitystä poikkihallinnollinen yhteistyö, jolla tarkoitetaan kunnan eri palvelusektorien, kuten sosiaali- ja terveystoimen, opetustoimen, liikuntatoimen, nuorisotoimen ja teknisen toimen, yhteistyötä. Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen ammattilaiset toimivat yhteistyössä tavoitteellisesti ja vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. Moniammatillista yhteistyötä on yhden palvelusektorin sisälläkin esimerkiksi terveydenhuollossa hoitajan ja lääkärin yhteistyö. Monitoimijainen yhteistyö on laajempi käsite, johon kuuluu järjestöjen, vapaaehtoistyön, seurakuntien, yksityissektorin ja julkisen sektorin välinen yhteistyö.

Terveyden edistämisessä pyritään nykyisin yhä enemmän myös verkostoitumaan, jolla tarkoitetaan toisistaan jollain tavalla riippuvaisten yksilöiden, ryhmien tai yhteisöjen sosiaalisten suhteiden järjestäytymistä. Suhteet voivat olla eriasteisia ja eri tavalla vakiintuneita, mutta ne ovat järjestäytyneet yhteisen kiinnostuksen ympärille. Yhteistyö verkostoissa on kaikkia osapuolia hyödyttävä oppimisen ja kehittymisen väline. Monitoimijaisen ryhmän ja verkoston osaaminen on enemmän kuin yksilöiden yhteenlaskettu osaaminen, eli osaaminen kumuloituu verkostoissa. Erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja kehitetään yhdessä, rajoja ylittävänä toimintana. Puhutaan myös synergiaedusta, joka tarkoittaa yhdessä työskentelyn tuomaa lisäpanosta, jota ei olisi syntynyt rinnakkain työskennellen. Terveyden edistämisen yhteydessä puhutaan nykyisin paljon myös verkostotyöstä, jolla tarkoitetaan työntekijän tai työryhmän toimintaperiaatetta ottaa asiakkaan sosiaalinen verkosto huomioon kaikissa tilanteissa. Asiantuntija- ja ongelmalähtöisen työskentelyn sijaan tavoitteena on yhteistyössä asiakkaan ja eri toimijoiden kanssa löytää ja yhdistää työntekijä- ja läheisverkostojen voimavaroja asiakasta parhaiten palvelevalla tavalla.

Kaikista edellä mainituista yhteistyökäytännöistä voidaan käyttää yhteisnimitystä verkostomainen työskentely. Tehokas verkostomainen työskentely on terveyden edistämisen keskeisiä menetelmiä, joka vaa-

tii jatkuvaa osaamisen kehittämistä. Verkostomaisessa työskentelyssä keskeisintä ei ole tekninen osaaminen vaan kohtaamisten perusasenne. Sen taustalla on ymmärrys suhteiden merkityksestä yksilölle. Verkostotyö mielletään kokouksiksi, mutta suurin osa siitä toteutuu yksilöllisinä kohtaamisina. Kohtaamisissa on keskeisintä suuntautua verkostosuhteisiin ja pohtia, keitä kaikkia asiakkaan läheisverkostoon ja työntekijäverkostoon kuuluvia asia koskettaa.

Tämän artikkelin tavoitteena on auttaa ymmärtämään verkostomaisessa työskentelyssä tarvittavaa menetelmällistä osaamista (ajattelutapoja ja toimintakäytäntöjä) ja motivoida harjoittelemaan ja kehittämään sitä. Artikkeli pohjautuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (entinen Stakes) Verkostotutkimus ja kehittämismenetelmät -ryhmän (VERK) vuosikymmenien kehittämistyöhön ja siitä tuotettuihin julkaisuihin sekä omiin kokemuksiini verkostomenetelmien käytöstä terveyttä edistävässä työssä. Onkin toivottavaa, että lukija tekstiä lainatessaan huomioi ne alkuperäiset julkaisut, joihin teksti perustuu, vaikkei niihin jokaisessa kohdassa viitata. Artikkelissa on pyritty tuomaan mukaan myös uutta näkökulmaa ja sovelluksia menetelmien käyttämisestä terveyden edistämisessä.

Verkostotyömenetelmien juuret lastensuojelussa ja varhaisessa puuttumisessa

Verkostotutkimus ja kehittämismenetelmät -ryhmän tekemällä (Arnkil, Eriksson & Arnkil 2002) verkostotyömenetelmien kehittämisellä on kiinteä kytkös lastensuojeluun ja varhaiseen puuttumiseen, jonka piirissä menetelmiä alun alkaen on kehitetty (Palmuke-, Post-Palmuke- ja Varpu-hankkeet). Lastensuojelutyön piiristä varhaisen puuttumisen mallit ovat vähitellen levinneet myös muualle ja jalkautuneet yhä enemmän muun muassa terveyden edistämiseen. Alkuun käsite yhdistettiin lähinnä psykososiaaliseen terveyteen liittyvien huolten käsittelyyn. Nykyisin yhä enemmän myös fyysisen terveyden huolten, kuten ylipainon ja päihteiden käytön, käsittely asiakkaan kanssa ovat saaneet vaikutteita varhaisen puuttumisen hankkeissa kehitetyistä työmenetelmistä.

Verkostotyö ei ole itsetarkoitus, koska turhat verkostotapaamiset ilman yhteistä tavoitetta ja työskentelyn kohdetta uuvuttavat ja vievät

yhteistyöhalun. Verkostotyön tarpeen arvioimisessa on keskeistä kysyä, keitä muita asia koskettaa (työntekijöitä, asiakkaan läheisiä), selvitäänkö arvioimisesta omin voimin vai tarvitaanko yhteistyötä ja ketkä ovat keskeiset yhteistyökumppanit. Toinen tärkeä kysymys on se, että jos yhteistyötä tarvitaan, miten siihen päästään. Dialogisia ja verkostomaisia toimintatapoja voidaan toteuttaa usealla tavalla tilanteen ja työntekijän huolen voimakkuuden mukaan. Työntekijän tueksi, hänen huolen voimakkuutensa arviointiin ja sopivan dialogisen menetelmän valintaan kehitettiin edellä mainituissa hankkeissa huolen vyöhykkeistö -metafora. Vyöhykkeistön avulla työntekijä voi tunnustella huolensa voimakkuutta ja arvioida tarvittavaa työskentelykäytäntöä.

Huolen metaforan kehittämisen taustalla on pyrkimys helpottaa varhaista puuttumista, joka usein viivästyy siksi, että halutaan hakea mahdollisimman paljon todistusaineistoa asian legitimoimiseksi. Huolen metafora lähtee siitä ajatuksesta, että tilanteiden määritykset ovat aina subjektiivisia, kullakin työntekijällä on oma, yleensä ammattiroolin ohjaama näkökulma asiakkaan tilanteesta eikä kenelläkään ole objektiivista kokonaiskuvaa. Yhteistä ongelmaa ei ole, eikä siksi kannata edes pyrkiä yhteiseen ongelman määrittelyyn. Työntekijän tuntema huoli on riittävä signaali varhaisen puuttumisen käynnistämiseen, joten asiakkaan ongelmien sijasta puhutaankin omasta huolesta ja sen helpottamisesta. (Eriksson & Arnkil 2005.)

Varhaisen puuttumisen käsitteestä on käyty keskustelua eri tahoilla. Joidenkin mielestä siihen liittyy väistämättä ihmisten elämän liiallista kontrollointia. Heidän mielestään käsite tulisi korvata varhaisen tuen käsitteellä. Varhaisessa puuttumisessa on keskeisintä, miten kontrolli toteutetaan. Sekä tukeminen että puuttuminen voivat olla asiakasta kunnioittavaa tai alistavaa. Työntekijän ammatillisiin velvollisuuksiin kuuluu myös kontrolli, jos hän huomaa asiakkaan tilanteessa huolestuttavia terveyttä ja hyvinvointia vaarantavia tekijöitä. Lastensuojelulaki (417/2007) jopa velvoittaa viranomaisen kontrolliin. Varhaiseen puuttumiseen sisältyvän kunnioittavan kontrollin kaksi keskeisintä periaatetta ovat avoimuus ja empaattisuus. Sen tavoitteena on lisätä asiakkaan mahdollisuuksia omakohtaiseen tilanteen hallintaan, ennen kuin tilanne ajautuu umpikujaan.

Huolen vyöhykkeistö -metaforan soveltaminen terveyden edistämiseen

Huolen vyöhykkeistö -metafora (Arnkil ym. 2002) huolen käsitteineen soveltuu hyvin myös terveyden edistämiseen. Terveyden edistäminen voidaan jakaa promootio- ja preventiotasoiksi. Promootion taustalla on positiiviseen terveyskäsitykseen liittyvä terveyden edistämisen malli, joka lähtee terveysvarannon kasvattamisesta ja mahdollisuuksien luomisesta. Preventiivinen terveyden edistäminen taas tarkoittaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventiota. Primaaripreventio vähentää yksilön ja yhteisön alttiutta sairastua vaikuttamalla riskitekijöihin, ja sekundaaripreventio pyrkii ehkäisemään sairauden pahentumista poistamalla riskitekijöitä tai pienentämällä niiden vaikutusta. Tertiaaripreventiolla puolestaan pyritään parantamaan työ- ja toimintakykyä tai estämään niiden heikkeneminen. (Rootman ym. 2001, Clark 2002, Seedhouse 2002, Jané-Llopis & Anderson 2005, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, Mittelmark ym. 2007.) Tämän artikkelin esimerkit liittyvät promootio- ja primaaripreventiotason terveyden edistämiseen ja siihen miten näillä tasoilla voidaan käyttää verkostotyömenetelmiä terveyttä edistävässä toiminnassa. Artikkelia ohjannut kysymys on, miten huolen vyöhykkeistö -metaforaa ja verkostotyömenetelmiä voidaan käyttää terveyden edistämisessä.

Terveyden edistämisen perusasiakirja Ottawa Charter for Health Promotion (WHO 1986) määrittelee, että terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Asiakirjan mukaan terveyden edistämiseen kuuluvat 1) terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, 2) terveellisen ympäristön aikaansaaminen, 3) yhteisöjen toiminnan tehostaminen, 4) henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja 5) terveyspalvelujen uudistaminen. Artikkelissa etsitään vastauksia siihen, voidaanko huolen vyöhykkeistö -metaforaa ja Ottawa Charterin terveyden edistämisen toimintalinjoja yhdistämällä löytää menetelmiä, jotka tukevat terveyden edistämisen sektorien rajat ylittävää, moniammatillista ja monitoimijaista yhteistyötä.

Kaikki merkittävät kansalliset ohjelmamme eli Terveys 2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001), Hyvinvointi 2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007), Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE 2008–2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö

2008a), Terveyserojen kaventamisohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b) ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (Valtioneuvosto 2007) velvoittavat kaikki toimijat yhteistyöhön. Mutta miten varmistetaan, että kaikki tarvittavat tahot osallistuvat yhteistyöhön ja että jokainen saa äänensä kuuluville? Löydetäänkö verkostotyömenetelmistä ratkaisuja toimivien yhteistyökäytäntöjen luomiseen? Ovatko menetelmät sovellettavissa myös asiakkaan ja työntekijän kahdenkeskisiin kohtaamisiin, joissa niissäkin on aina mukana kolmansia osapuolia.

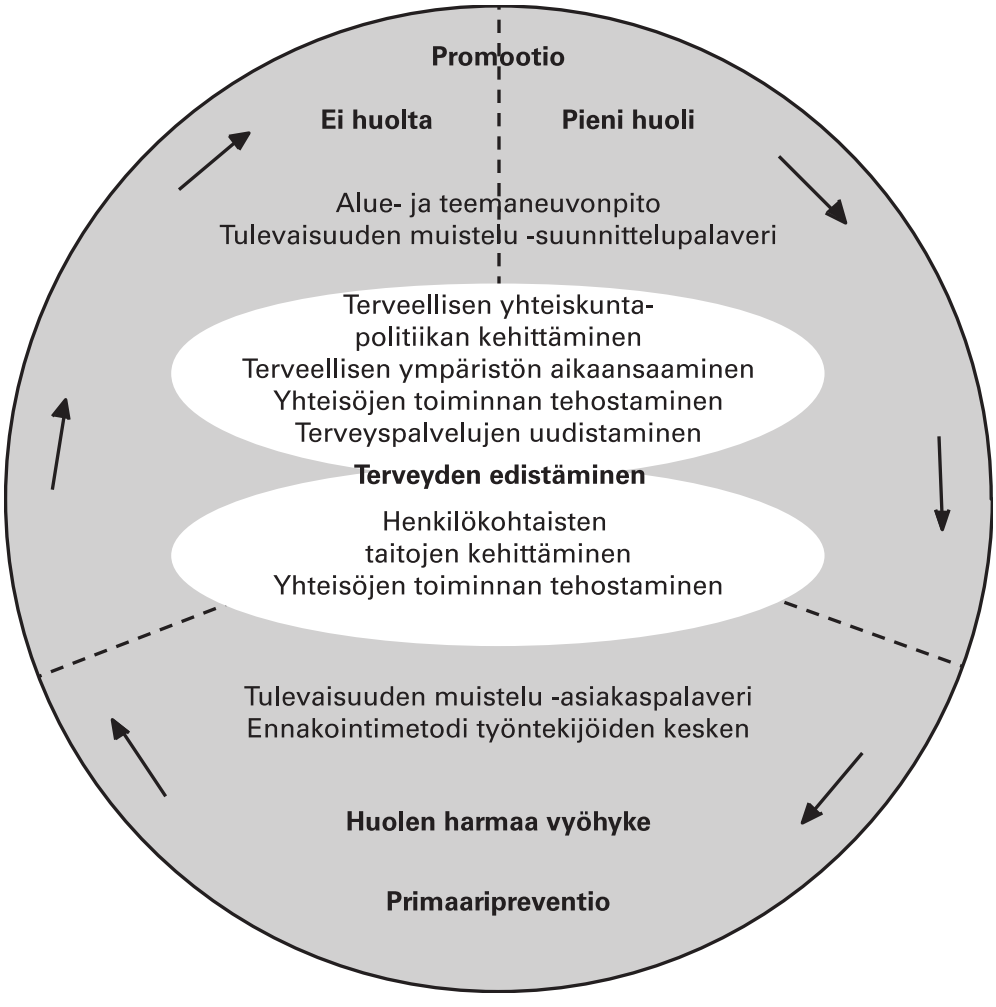
Kuvan 2.16 mukaisilla ei huolta- tai pieni huoli -vyöhykkeillä ollaan yleensä vielä promootiotasoilla. Huoli on signaali jostain, joka saattaa olla uhkana asiakkaan hyvinvoinnille tulevaisuudessa. Asiakkaana voi olla yksilö, ryhmä tai yhteisö. Promotiivisella tasolla kasvatetaan terveysvarantoa eli tuetaan asiakkaan mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omastaan ja ympäristönsä terveydestä tulevaisuuteen suuntautuvasti. Huolen kasvaminen huolen harmaalle vyöhykkeelle edellyttää toimia huolen jakamiseksi ja helpottamiseksi. Varhainen puuttuminen tällä vyöhykkeellä on toiminnallisesti primaariprevention tasolla. Sillä voidaan ehkäistä mahdollista huolen aiheuttanutta epäsuotuisaa kehitystä.

Verkostotyömenetelmistä promootio- ja primaaripreventiotasoille sopivat parhaiten ennakointidialogit eli selkeyttävät verkostopalaverit, joilla tarkoitetaan vuoropuhelun avulla ratkaisuja etsiviä, menneisyyden sijasta tulevaisuuteen suuntautuneita erilaisten verkostojen yhteistyöpalavereita. Ennakointivuoropuheluiden tavoitteena on tuottaa mahdollisimman moniääninen, voimavarakeskeinen ja tasavertainen vuoropuhelu. Kyseessä ei ole vain tekniikka vaan voimavaroja ja ratkaisuja hakeva dialoginen toimintapa. (Eriksson, Arnkil & Rautava 2006.)

Ennakointivuoropuheluista alue- ja teemaneuvonpidot sekä tulevaisuuden muistelu soveltuvat tilanteisiin, joihin ei liity huolia tai joissa huoli on pieni. Ottawa Charterin toimintalinjoihin vietynä menetelmät sopivat parhaiten terveellisen yhteiskuntapolitiikan ja ympäristön kehittämiseen, yhteisöjen toiminnan tehostamiseen sekä terveyspalvelujen uudistamiseen. Huolen harmaasta vyöhykkeestä puhutaan silloin, kun työntekijä liikkuu pienten ja suurten huolien epäselvässä maastossa ja on epävarma omasta roolistaan asiakkaan tukemisessa ja siitä, keitä muita asia koskettaa ja mitä muut tekevät. Tällaisessa tilanteessa menetelmiksi sopivat tulevaisuuden muistelu -asiakaspalaveri sekä ennakointimetodi työntekijöiden kesken. Ottawa Charterin

toimintalinjoihin sovellettuna ollaan henkilökohtaisten taitojen kehittämisen ja yhteisöjen toiminnan tehostamisen alueella. (Kuva 2.16.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kouluttanut eri puolille maata verkostokonsultteja ohjaamaan palavereita. Vuonna 2007 maassamme oli noin 250 koulutettua verkostokonsulttia ja palavereita toteutettiin jo 50 kunnassa (Kokko & Koskimies 2007). Heidän käyttönsä on aiheellista jumiutuneissa moniauttajatilanteissa, joissa tarvitaan riittävän ulkopuolista näkökulmaa. Tässä artikkelissa kuvataan tilanteita, joissa ennakointidialogien periaatteiden mukaan voi toimia kuka tahansa työntekijä, joka haluaa kokeilla menetelmiä omassa työssään.



Kuva 2.16 Verkostotyömenetelmän valinta sovellettuna huolen vyöhykkeistö -metaforaan (Arnkil ym. 2002) ja Ottawa Charterin (WHO 1986) toimintalinjoihin.

Ennakointidialogit terveyden edistämisen suunnittelutyössä

Terveyden edistämisen suunnittelu voi sijoittua promotiivista tai preventiivistä. Promotiivisella tasolla pyritään vahvistamaan mahdollisuuksia sekä yksilön ja yhteisön voimavaroja ja selviytymistä. Promotiivinen terveyden edistäminen on yhteisö- ja yhteiskuntalähtöistä, vaikka tavoitteena olisi yksilön terveyden edistäminen. Kuntien hyvinvointistrategiat ja -ohjelmat ovat esimerkkejä promotiivisesta terveyden edistämisestä. Niillä pyritään edistämään kaikkien kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia tulevaisuussuuntautuneesti. Niiden valmistelutyö on ylisektorista, moniammatillista ja monitoimijaista (Perttilä & Uusitalo 2007). Preventiivinen suunnittelutyö taas voi koskea toimia jo olemassa olevan huolestuttavan kehityksen vähentämiseksi, esimerkiksi lastensuojeluasiakkaiden määrän vähentämistä. Suunnittelussa ja valmistelussa eri tahojen osallistamista voidaan edistää ennakointivuoropuheluilla. Tämäntyyppisessä moniäänisessä suunnittelussa käytetään alue- ja teemaneuvonpitoa ja tulevaisuuden muistelu -suunnittelupalaveria.

Ennakointidialogeissa painotetaan subjektiivisia ennakointeja. Ennakointi ei ole ennustamista vaan intuitiivisen tuntuman pohjalta tehty ajatuskoe siitä, mitä jonkin teon tekeminen tai tekemättä jättäminen aiheuttaa. Jokainen osapuoli kuulee muiden ennakoinnit, mikä herättää uteliaisuutta siitä, missä suhdeverkostossa itse kukin toimii. Toisten reflektioiden kuuntelu herättää omat sisäiset dialogit. Kukaan ei puhu siitä, kuinka toisten pitäisi toimia, vaan reflektoi, mitä itse voisi tehdä ja mitä siitä seuraisi. Samalla tunnustellaan, kuinka oma toiminta voisi liittyä verkoston toimintaan. Dialogi pohjautuu ajatukseen, ettei yhteistä ongelmaa ole eikä siksi kannata pyrkiä yhteiseen objektiiviseen ongelman määrittelyyn. (Seikkula & Arnkil 2005, Eriksson ym. 2006.)

Alue- ja teemaneuvonpidot moniäänisen suunnittelun menetelminä

Menetelmien periaatteet kerrotaan yksinkertaistettujen esimerkkien avulla turhan toiston välttämiseksi. Esimerkeistä käyvät ilmi menetelmien keskeiset periaatteet.

Alueneuvonpito sopii alueellisen yhteistyön pohdintaan, kun halutaan luoda monipuolinen kuva alueen väestön hyvinvoinnin ja ter-

veyden tilanteesta sekä laatia yhteisen toiminnan suunnitelmia. Alueneuvonpidon voi järjestää kuka tahansa, joka on kiinnostunut pohtimaan alueen asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin tilaa yhteistyössä eri viranomaisten, järjestöjen ja alueen asukkaiden kanssa tai joka on huolestunut jostakin asiasta. Tilanteesta kiinnostunut kutsuu koolle mahdollisimman monia tahoja, jotka tietävät tilanteesta ja joiden yhteistyöllä voidaan vaikuttaa asiaan. Lisäksi hän päättää ajankohdasta ja hankkii tilaisuutta varten paikan ja mielellään kaksi vetäjää. (Eriksson ym. 2006.)

Neuvonpidossa voidaan käyttää sisärinki-ulkorinkirakennetta. Sisäringissä istuu kunkin tahon edustaja. Ulkoringissä saman tahon edustajilta kysytään täydentäviä kysymyksiä. Lisäksi puheenvuoroja annetaan sellaisillekin tahoille, joilla ei ole edustusta sisäringissä. Sisärinki on hyvä pitää pienenä, ettei tilaisuudesta tule pitkästyttävää ja ajatuspohdinnoista toisiaan toistavaa. Keskeistä on kiinnittää huomio dialogisuuteen eli puheen ja kuuntelun erottamiseen. Keskustelun tulee myös suuntautua tulevaisuuteen, olla voimavarakeskeistä ja saada aikaan konkreettisia suunnitelmia. (Eriksson ym. 2006.)

Teemaneuvonpidon menetelmä sopii huolta herättävän asian selvittämiseen ja yhteisen toiminnan suunnitteluun silloin, kun huolen teema tiedetään. Teemaneuvonpito on sellaisten tahojen neuvonpito, jotka ovat tärkeitä kyseisen huolenaiheen kannalta. Sillä pyritään saamaan monipuolinen kuva huolta aiheuttavan pulman ratkaisemiseksi ja laatia siihen liittyviä yhteistoimintasuunnitelmia. Teemaneuvonpidon voi järjestää kuka tahansa, joka on huolestunut jostakin teemaan liittyvästä asiasta. Huolestunut päättää ajankohdasta ja varaa tilan, kutsuu koolle tarvittavat muut tahot ja hankkii tilaisuuteen vetäjät. Teemaneuvonpito etenee seuraavien kysymysten avulla (esimerkkinä edellisen esimerkin toverikiusaaminen): ”Vuosi on kulunut ja asiat toverikiusaamisessa ovat kehittyneet mukavaan suuntaan. Miltä tilanne sinusta nyt näyttää? Mitä teit myönteisen kehityksen tukemiseksi ja mistä sait tukea? Mistä olit huolissasi silloin vuosi sitten ja mikä sai huolesi vähenemään?

Teemaneuvonpito etenee samojen periaatteiden mukaan kuin alueneuvonpitokin. Vuoropuhelujen pohjalta keskustellaan ja tehdään konkreettinen suunnitelma siitä, kuka tekee mitäkin ja kenen kanssa.

Tulevaisuuden muistelulla tavoitteisiin ja toimintaan

Tulevaisuuden muistelu -suunnittelupalaveri sopii mihin tahansa sektorien rajat ylittävään, moniammatilliseen ja monitoimijaiseen suunnittelutilanteeseen. Sitä on käytetty muun muassa hankesuunnittelussa ja erilaisten toimintaohjelmien ja strategioiden suunnittelutyössä. Menetelmällä pyritään luomaan moniäänisiä, toiveikkaita ja realistisia suunnitelmia. (Eriksson ym. 2006.) Usein uuden hankkeen käynnistämiseen liittyy sekavia ja ahdistavia tunteita. Tavoitteet voivat olla selvät mutta tie tavoitteisiin sumun peitossa. Tulevaisuuden muistelu -dialogi voi paitsi täsmentää tavoitteita myös reitittää polkua noihin tavoitteisiin pääsemiseksi. Seuraavan esimerkin avulla kuvataan, miten tulevaisuuden muistelua käytettiin hyväksi hanke-suunnittelussa.

Esimerkki 1.
Moniammatillisen yhteistyön edistäminen

Moniammatillisen yhteistyön edistämiseksi lapsiperheiden terveyden edistämisessä oli käynnistymässä kaksivuotinen projekti. Projektin vastuuryhmä kutsui suunnittelupalaveriin kaikki alueen toimijat. Mukana oli päivähoidon, neuvolan, koulun, perhetyön ja sosiaalityön edustajia. Tilaisuus päätettiin toteuttaa tulevaisuuden muistelu -menetelmällä. Projektipäällikkö toimi tilaisuuden vetäjänä. Hän esitteli menetelmän idean ja toteutustavan osallistujille, jotka olivat halukkaita kokeilemaan sitä. Projektipäällikkö toimi kysymysten esittäjänä ja projektityöntekijä huolehti kirjaamisesta. Keskustelun aluksi projektipäällikkö toteaa: ”Kaksi vuotta on kulunut, ja olemme saavuttaneet projektimme tavoitteet ja luoneet hyvän mallin moniammatilliselle yhteistyölle lapsiperheiden terveyden edistämisessä.”

Esimerkkejä keskustelun kulusta ja kysymyksistä:

– Mikä sinua, Riitta (päivähoidon työntekijä), siinä erityisesti ilahduttaa? Oletko saanut joltakulta kiitosta hyvästä työstä?

– Mikä sinua suunnitelman valmisteluprosessissa erityisesti ilahdutti. Mitä itse teit suunnitelman hyväksi? Onko jokin teko, josta olet erityisen ylpeä? Saitko jostain tukea? Mitä? Millaista?

– Mistä olit huolissasi silloin kaksi vuotta sitten ja mikä sai huolesi vähenemään?

Jokainen osallistuja kertoi vuorollaan omat näkemyksensä projektissa toteutuneista hyvistä tavoitteista ja niihin johtaneesta toiminnasta. Projektityöntekijän tekemien muistiinpanojen pohjalta tavoitteet täsmennettiin keskustelemalla. Niihin johtavasta toiminnasta tehtiin konkreettinen ja aikataulullinen suunnitelma, johon jokaisen osallistujan osuus kirjattiin. Suunnitelma toimi perussuunnitelmana koko projektin ajan. Tulevaisuuden muistelu -suunnittelupalaveri oli yksi tapa strukturoida projektin yhteisuunnittelua, ja se osoittautui kyseisessä projektissa toimivaksi. Selkeä ja yhtenäinen tavoitemäärittely, johon kaikki sitoutuivat, saattoi edistää sitä, että projektissa päästiin kuvattuihin tavoitteisiin neuvolan ja päivähoidon yhteistyöstä.

Ennakointidialogit asiakastason terveyden edistämisessä

Yhteisö- tai kuntatason terveyden edistämisen ohella tehdään päivittäin yksilöllisiin asiakastilanteisiin liittyvää yhteistyötä eri ammattiryhmien edustajien kanssa ja ollaan osallisena monissa asiakastilanteisiin liittyvissä työryhmissä. Asiakastilanteiden ympärille rakennettujen työryhmien yleistavoitteena on löytää yhteistyössä ratkaisuja asiakkaiden ja perheiden terveyden edistämisen tarpeisiin. Myös yksittäisten asiakkaiden terveyden edistäminen on sekä promotiivista että preventiivistä. Promotiivisen tason yhteistyö pyrkii asiakkaan voimavarojen vahvistamiseen ja terveysvarannon kasvattamiseen. Hyviä esimerkkejä tällaisesta toiminnasta ovat neuvoloiden perhevalmennus ja koululaisten terveystiedon opetus. Preventiivisen tason yhteistyön tavoitteena on vähentää jo olemassa olevia huolia ja katkaista epäsuotuisa kehityssuunta. Tähän pyrkivistä yhteistyökäytännöistä esimerkkejä ovat asiakastyöryhmät ja kohdennettu pienryhmätoiminta.

Pysyvien asiakastyöryhmien rinnalle kootaan työryhmiä ja verkostoja tarpeen mukaan. Koolle kutsujana toimii se, jolle herää huoli tai joka havaitsee asiakkaan tai perheen tuen tarpeen. Asiakas hakeutuu valitsemansa ammattilaisen luo. Jokaisella onkin ensisijainen vastuu siitä asiakkaasta, joka tulee kysymään häneltä apua. Yhteistyökumppanien tarve riippuu siitä, millaisesta tuen tarpeesta on kyse. Verkostokokouksissa on aina lähtökohtana asiakkaan oma toive kokoukseen kutsuttavista omaisista ja työntekijöistä. Perusperiaatteena tulisi olla,

että asiakas on itse aina läsnä niissä. Ellei hän voi osallistua, on hyvän käytännön mukaista, että häneltä pyydetään kirjallinen lupa käsitellä hänen asioitaan viranomaisten kesken. Tutkimukset ovat osoittaneet, että eri viranomaisten välinen yhteistyö perheiden asioissa tehdään usein ilman perhettä (esim. Rantala 2002, Honkanen 2008).

Dialogisuus on asiakaslähtöisyyden ehto moniammatillisessa työssä. Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisverkosto koostuu erilaisista auttajista ja toimintakulttuureista. Sektoroidussa palvelujärjestelmässä toimivat työntekijät näkevät asiakkaiden elämästä erilaisia asioita, joten näkemysten yhteensovittaminen voi olla vaikeaa. Näkökulmien väliset erot voivat johtaa myös viranomaisten keskinäiseen valtataisteluun siitä, kuka on oikeassa. Moniammatillisessa yhteistyössä jokaisen ammattilaisen merkitys asiantuntijana säilyy mutta asiantuntemus annetaan verkoston käyttöön yhteisen ymmärryksen luomiseksi. Myös asiakkaan kertomukset otetaan huomioon tasavertaisina näkökulmina. Omasta asiantuntijavallasta luopuminen herättää uteliaisuutta uusien näkökulmien tutkimiseen. Tämä ”tutkiva uteliaisuus” voi avata kokonaan uusia ulottuvuuksia ja näkökulmia asiakkaan auttamiseksi. (Mönkkönen 2002, Veijola 2004, Seikkula & Arnkil 2005.) Asiakastason terveyden edistämiseen soveltuvia ennakointidialogeja ovat Tulevaisuuden muistelu -asiakaspalaveri ja ennakointimetodi työntekijöiden kesken (Eriksson ym. 2006).

Tulevaisuuden muistelulla toiveikasta muutospuhetta

Tulevaisuuden muistelu -dialogia on kuvattu runsaasti Verkostotutkimus ja kehittämismenetelmät -ryhmän julkaisuissa (Arnkil ym. 2002, Seikkula & Arnkil 2005, Eriksson & Arnkil 2005, Eriksson ym. 2006, Kokko 2006). Niissä tulevaisuuden muistelu -menetelmää on kuvattu lähinnä psykososiaalisen toiminnan alueella moniauttajatilanteissa, ”huolen harmaalla vyöhykkeellä”, jossa monet ovat huolissaan asiakkaan tai perheen tilanteesta eikä ole selvää, kenen pitäisi tehdä ja mitä. Dialogille on eduksi, jos ohjaajapari on riittävän ulkopuolinen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kouluttanut eri puolelle Suomea erityisiä verkostokonsultteja, joita voidaan tarpeen mukaan tilata niin sanotusta konsulttipankista vetämään dialogia. Mutta menetelmää voi käyttää kuka tahansa sen hallitseva verkoston osallistuja. Menetelmästä on saatu hyviä kokemuksia sekä asiakkailta että työntekijöiltä (Kokko 2006, Kokko & Koskimies 2007).

Vaikka tulevaisuuden muistelu -dialogi on kehitetty moniauttajaisiin verkostotapaamisiin, se soveltuu myös yksittäisen asiakkaan ja työntekijän väliseen dialogiin. Vaikka molemmat ovat fyysisesti yksin paikalla, he elävät erilaisissa suhdeverkostoissa, jotka tulevat ilmi puheessa ja joista tarvittava tuki etsitään ja löydetään.

Ennakointimetodilla selkiyttävää työnjakoa

Ennakointimetodilla tarkoitetaan työntekijöiden yhteistyöpalaveria ja vuoropuhelua, jossa osallistujat saavat pohtia ääneen toiminnan vaihtoehtoja ja kuulla toisten pohdintoja. Sillä pyritään saamaan aikaan monipuolista kuvaa tilanteesta ja sopimuksia toiminnasta. Sitä voidaan käyttää sekä asiakasta koskevassa yhteistyöneuvottelussa että työyhteisön ristiriitatilanteissa. Vaikka pääsääntö on, että asiakkaiden tulisi olla mukana kaikissa heitä koskevissa palavereissa, palvelujärjestelmissä joudutaan myös tilanteisiin, joissa työntekijät pohtivat keskenään asiakkaan tai perheen tilannetta keskinäisessä palaverissaan. Tällöin tavoitteena on, että eri tahojen näkökulmat ja työskentely selkiytyvät muille ja että työnjaosta ja yhteistyöstä sovitaan. Jos ennakointimetodia käytetään asiakaskohtaisessa työntekijöiden yhteistyöpalaverissa, siihen pitää olla asiakkaan suostumus. Asiakkaalle tulee kertoa, mistä tilanteessa keskusteltiin, ja toimittaa hänelle asiasta muistio. (Eriksson ym. 2006.)

Palaverin voi järjestää kuka tahansa, joka haluaa selkiyttää yhteistyötä. Seuraavan esimerkin avulla kuvataan ennakointimetodin käyttämistä perheen tilanteessa, jossa useat tahot olivat huolestuneita perheen äidin jaksamisesta. Esimerkin henkilöiden nimet on muutettu.

Esimerkki 2.
Tulevaisuuden muistelu

Perheen tilanteessa yritettiin ensin järjestää tulevaisuuden muistelu -palaveria, johon kutsuttiin perheen vanhemmat ja sukuverkostoa, mutta heitä ei saatu tulemaan. Terveydenhoitaja kysyi äidiltä luvan pohtia perheen tilannetta moniammatillisessa aluetyöryhmässä. Tavoitteena oli miettiä yhdessä keinoja, joilla äidin jaksamista voitaisiin tukea. Aluetyöryhmään kuuluivat terveydenhoitajan lisäksi sosiaalityöntekijä, perhetyöntekijä ja päivähoidon työntekijä. Ensin jokaisel-

ta osallistujalta kysyttiin, mistä hän oli huolissaan ja mitä tapahtuisi, jos työntekijä ei tekisi mitään kyseiselle asialle. Kun jokainen osallistuja oli saanut esittää huolensa ja ennakoida mahdollisia seurauksia, ryhdyttiin pohtimaan tukitoimia perheelle. Tällöin voitiin esittää seuraavat kysymykset ”Mitä kannattaisi tehdä?”, ”Mitä juuri sinä voisit tehdä?” ja ”Mitä tapahtuu, jos teet sen?” Jokainen osallistuja kertoi vuorollaan ajatuksia toiminnasta, jolla perhettä voitaisiin auttaa, ja omista mahdollisuuksista tukea perhettä. Lisäksi he pohtivat oman toimintansa seurauksia. Voimavaroja yhdistämällä löydettiin keinoja perheen auttamiseksi, vaikka alussa siitä oltiin epävarmoja. Palaverista kirjoitettiin muistio, joka toimitettiin äidille.

Lopuksi

Terveyden edistäminen on verkostojen kanssa työskentelyä. Verkostot ovat aina läsnä kohtaamisissa, joko fyysisesti tai asiakkaan ja työntekijän sisäisissä dialogeissa. Sosiaalisena olentona ihminen ei voi irrottautua suhdeverkostoistaan missään tilanteessa. Näitä suhdeverkostoja tulisi ottaa nykyistä enemmän huomioon terveyden edistämisessä, sillä niihin kätkeytyy runsaasti voimavaroja. Verkostojen voimavarojen esiin saamiseen ja yhteensovittamiseen tarvitaan toimintakäytäntöjä, joilla edistetään moniäänistä vuoropuhelua. Tässä luvussa on perehdytty yhteen verkostotyömenetelmäperheeseen: ennakointidialogeihin. Ennakointidialogeilla tarkoitetaan dialogin avulla ratkaisuja etsiviä, menneisyyden sijasta tulevaisuuteen suuntautuneita erilaisten verkostojen yhteistyöpalavereita. Niitä voidaan käyttää terveyden edistämisen eri tasoilla edistämään sekä moniäänistä suunnittelua että asiakastyötä. Palaverimuotoja ovat asiakastyössä käytettävät tulevaisuuden muistelu -asiakaspalaveri ja ennakointimetodi työntekijöiden kesken sekä suunnittelutyössä käytettävät alue- ja teemaneuvonpidot sekä tulevaisuuden muistelu -suunnittelupalaveri.

Ennakointidialogeista on hyötyä silloin, kun tilanteeseen liittyy monta tahoa, on epäselvää, mitä kukin on tekemässä, omaan ja toisten tekemisiin ollaan tyytymättömiä ja tarvitaan voimavarojen yhdis-

tämistä ja koordinaatiota. Ennakointidialogit soveltuvat myös asiakkaan ja työntekijän väliseen dialogiin, jossa tavoitellaan muutosta ja selvitetään muutokseen tarvittavia voimavaroja. Ennakointidialogeja on käytetty sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä opetustoimessa kymmenisen vuotta. Niistä on kerätty systemaattisesti palautetta vuosina 2003–2005 17 kunnassa yhteensä yli 2500 henkilöltä (Kokko 2006, Kokko & Koskimies 2007).

Välitön palaute antaa rohkaisevia tuloksia dialogisesta vuoropuhelumenetelmästä, jossa toteutuvat asiakaslähtöisyys ja tulevaisuutta ja ratkaisuja ennakoiva, huolia huojentava työtapa. Sekä perheistä että työntekijöistä noin kolme neljäsosaa piti palavereja hyödyllisinä. Perheenjäsenet pitivät palaverissa tärkeänä erityisesti vuoropuhelua, kuulluksi tulemista ja työtavan selkeyttä. Työntekijät taas arvostivat tasapuolisuutta, selkeyttä ja positiivisuutta. Perheet kuvasivat saaneensa palaverista konkreettista apua ja toimintasuunnitelmia palaverin aiheena olleisiin pulmatilanteisiin, oivalluksia uusista arkielämän toimintatavoista, kokemuksia lähisuhteiden ja verkostojen vahvistumisesta ja selkeyttä elämäänsä ja tulevaisuuden ratkaisuihinsa. Asiakkaan ja hänen verkostonsa kutsuminen yhteiseen vuoropuheluun ja kohtaamiseen on osoittautunut yhteistyössä kantavaksi voimavaraksi. Dialogisten verkostotyömenetelmien kasvava kysyntä on osoitus uuden palvelukulttuurin ja palveluparadigman vakiintumisesta suomalaisessa hyvinvointipalvelujärjestelmässä.

➟ Tehtäviä

1. Mitä tarkoitetaan verkostotyöllä terveyden edistämisen toimintaperiaatteena?
2. Miten huolen vyöhykkeistö -metaforaa voidaan soveltaa terveyden edistämisessä Ottawa Charterin toimintalinjoihin?
3. Mitkä ovat ennakointidialogimenetelmien käyttöön liittyvät periaatteet?
4. Asiakkaiden ja työntekijöiden kokemukset menetelmien käytöstä ovat tutkimusten mukaan olleet pääasiassa myönteisiä. Pohdi, mistä tekijöistä nämä myönteiset kokemukset mahdollisesti syntyvät.

Oheiskirjallisuutta

Arnkil T, Eriksson E, Arnkil R. 2002. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa: sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Toinen painos. Stakes, raportteja 253. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Clark CC. 2005. A Model for Health and Wellness Promotion in communities Teoksessa Clark CC. (toim.) Health Promotion in communities. Holistic and Wellness Approaches 3–14, Springer Publishing Company, New York.

Eriksson E, Arnkil TE, Rautava M. 2006. Ennakointidialogeja huolten vyöhykkeellä. Verkostokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Stakes. Työpapereita 29.

Honkanen H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 160. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kokko R-L. 2006. Tulevaisuuden muistelu. Ennakointidialogit asiakkaiden kokemana. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Kokko R-L, Koskimies M. 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Stakes. Raportteja 17. Helsinki.

Lastensuojelulaki (417/2007) http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417.

Mittelmark MB, Kickbusch I, Rootman R, Scriven A. 2007. Health Promotion. Teoksessa K Heggenhougen ym. (toim.). The Encyclopedia of Public Health. Elsevier Press.

Mönkkönen K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston sosiaalitieteiden laitos, Kuopio.

Rantala A. 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in education, Psychology and Social Research 198. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Perttilä K, Uusitalo M (toim.). 2007. Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005. Stakesin raportteja 4. Helsinki.

Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. 2001. A framework for healt promotion evaluation. Teoksessa I Rootman, M Goodstadt, B Hyndman, DV McQueen, L Potvin, J Springett, E Ziglio (toim.). Evaluation in health promotion. Principles and perspectives 7V38. WHO Regional Publications. European Series, no 92.

Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3. Helsinki.

Seedhouse D. 2002. Total Health Promotion. Mental Health, Rational Fields and Quest for Autonomy. John Wiley & Sons Ltd, England.

Seikkula J, Arnkil T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Hygieia. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 19. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Julkaisuja 3. Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE-ohjelma 2008V2011. Selvityksiä 6. Yliopistopaino, Helsinki.
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Julkaisuja 16. Yliopistopaino, Helsinki.
Valtioneuvosto. 2007. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Valtioneuvoston kanslia 5.12. http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/
Veijola A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Acta Universitatitis Ouluensis. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto, Oulu.

Internetlähteet

Jané-Llopis E, Anderson P. 2005. Mental health promotion and mental disorder prevention, A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijemgen. http://www.imhpa.net/fileadmin/imhpa/A_Policy_for_Europe.pdf
Verkostotutkimus- ja kehittämismenetelmät –ryhmä. THL. 2009. http://info.stakes.fi/verkostomenetelmat/FI/index.htm
WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

3

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä terveyden edistämisestä

3.1 Terveyden edistäminen päivittäisessä työssä – asiantuntijoiden näkemyksiä

Anna-Maija Pietilä, Arja Halkoaho ja Mari Matveinen

Millaisia näkemyksiä terveydenhuollon ammattihenkilöillä on terveyden edistämisestä? Miten yksilöiden ja yhteisöjen terveyden edistäminen toteutuu päivittäisessä työssä? Tässä luvussa tarkastellaan terveydenhuollon asiantuntijoiden kuvauksia, joista välittyy näkemys siitä, että terveyden edistäminen on monimuotoista, arvoperustaista toimintaa, jossa korostuvat asiantuntemus ja yhteistyö. Esillä ovat promotiivinen ja preventiivinen näkökulma. Haastateltavat kokivat, että he toimivat ehkäisevän työn ja terveyden edistämisen rajapinnoilla.

Dialogiperustaisuus haastatteluissa

Lukujen 3.2 ja 3.3 tapaan tämänkin luvun sisältö perustuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden haastatteluihin. Neljätoista haastateltavaa edusti seuraavia ammattiryhmiä: sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kätilö, ensihoitaja, suuhygienisti, röntgenhoitaja, bioanalyytikko ja lääkäri. Haastattelujen teemat olivat seuraavat:

- ammattihenkilöiden näkemykset terveyden edistämisestä omassa työssään
- työtä ohjaava arvoperusta
- terveyden edistämisen työmenetelmät

- ammattihenkilöiden arviointia omasta osaamisestaan terveyden edistämisessä
- terveyden edistämistä mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen.

Dialogisen keskustelun mukaisesti edenneissä haastatteluissa korostettiin haastateltaville avoimuutta, luottamuksellisuutta ja terveyden edistämisen tarkastelua oman työn näkökulmasta. Auki kirjoitettu aineisto analysoitiin sisällön analyysillä, jossa ammattihenkilöiden näkemykset pyrittiin säilyttämään mahdollisimman aitoina. Näkemyksiä havainnollistetaan seuraavassa myös alkuperäislausumin.

Haastatteluun osallistuneista, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa erilaisissa tehtävissä toimineista ammattihenkilöistä käytetään tässä käsitettä asiantuntijat. Tämän luvun kirjoitusten tarkoituksena on herättää pohdintaa terveyden edistämisen moninaisuudesta terveydenhuollossa toimivien asiantuntijoiden työssä.

Terveyden edistäminen merkittävänä osana päivittäistä työtä

> ”Erilaisten terveyden edistämisen toimintojen kirjo on loppujen lopuksi hyvin laaja, kun se lähtee sieltä asiakkaasta ja hänen elämäntilanteestaan.”

Terveyden edistäminen sisältyi luontevasti terveydenhuollon asiantuntijoiden päivittäisiin työtehtäviin ja jokaisen asiakkaan ja potilaan kohtaamiseen. Sen osuuden määrittäminen työstä oli haastatteluun osallistuneiden mielestä kuitenkin vaikeaa, koska koko työ nähtiin terveyttä edistävänä.

> ”Terveyden edistäminen kulkee koko ajan sairaudenhoidon rinnalla. Se sisältyy hoitoprosessin jokaiseen vaiheeseen.” (Sairaanhoitaja)

> ”En pysty sanomaan, että nyt teen terveyttä edistävää työtä ja nyt teen toimintaterapiaa tai nyt teen vaan käden harjoittelua, vaan ne kulkevat kaikki siinä samassa ketjussa.” (Toimintaterapeutti)

”Se on jokapäiväisessä työssä mukana koko ajan. Sitä on vaikea eritellä.” (Fysioterapeutti)

”Teen paljon mammografiatutkimuksia ja mielestäni siinä edistän koko ajan asiakkaan terveyttä.” (Röntgenhoitaja)

”Olen terveiden ja nuorten aikuisten kanssa paljon tekemisissä. Se on semmoinen otollinen maaperä sille terveyden edistämiselle. Oikeastaan se terveyden edistäminen koko ajan kulkee siinä minun työssä rinnalla, tietysti seksuaali- ja lisääntymisterveysasioissa mutta myös ihan parisuhteeseen ja vauvanhoitoon liittyvissä asioissa.” (Kätilö)

Lääkäri kuvasi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä samansisältöisinä. Hän koki, että hänen työnsä kokonaisuudessaan liittyi vahvasti yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon, joko suoraan tai välillisesti. Hän kuvasikin, että kohtasipa hän asiakkaan vastaanotolla tai osastolla, ohjasi potilasta, teki tiimityötä työyhteisössä tai oli mukana kehittämishankkeessa, hän teki terveyttä edistävää työtä. Ehkäisevän työn keskiössä olivat sairauden riskitekijöihin puuttuminen ja sairauden syiden poistaminen. Tämän preventiivisen työotteen ohella lastenneuvolassa ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa korostui promotiivinen työote eli lääkärin tehtävä lapsen, nuoren ja perheen voimavarojen vahvistamisessa.

Kuvauksissa ilmenevät asiakkaan kohtaaminen ja voimaannuttaminen ja niiden myötä elämänhallinnan vahvistaminen. Tavoitteena oli asiakkaan kokemus selviytymisestä ja oman terveytensä ja siihen liittyvien tekijöiden hallittavuudesta. Suuhygienistin mielestä preventiivinen työote oli merkittävä hänen työssään, joskin siihen sisältyi myös promotiivisia piirteitä. Lääkäri ja suuhygienisti kuvasivat voimavaroja ja terveyttä vahvistavaa toimintatapaansa seuraavasti:

”Terveyden edistäminen on merkittävä osa työtäni myös kouluterveydenhuollossa, jossa terveystarkastusten yhteydessä kohtaan paljon terveitä lapsia. Siinä tarkastuksessa on aina vanhempi mukana ja käydään läpi näitä terveystottumuksia ja myös mahdollisia sairauksia. Jos kaikki on hyvin, terveyden edistämistä on sitten niiden hyvien asioiden vahvistaminen. Voin sanoa: ’Hienoa, teil-

lä vaikuttaa tämä asia olevan kunnossa.' Myös vanhemmuutta tuen samalla tavalla." (Lääkäri)

"Terveyden edistäminen on ohjaavaa silloin, kun asiakkaalla on joku ongelma. Kannustavana terveyden edistäminen näkyy silloin, kun ei ole mitään ongelmaa. Joskus kirjoitan potilaskorttiin merkinnäksi 'kiitostelua'. Tällöin asiakas on kuunnellut, mitä on neuvottu ja ohjeistettu. Mutta silloin, kun nähdään, että on tulossa ongelmia, asiaan puututaan. (Suuhygienisti)

Elämänlaadun edistäminen oli yksi terveyttä edistävän työn perimmäisistä tavoitteista. Tavoitteet kuitenkin muotoutuivat potilaan tarpeiden ja käytettävissä olevien voimavarojen mukaan. Esimerkiksi iäkkään, kuntoutusosastolla olevan potilaan terveyden edistämisen tavoitteina olivat elämänlaadun edistämisen ohella potilaan itsenäinen selviytyminen ja hoidon tarpeen väheneminen. Potilaan terveyttä edistävä toiminta konkretisoitui toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukemisena päivittäisissä toimissa, hoitoympäristön turvallisuudesta huolehtimisena ja tapaturmien ehkäisynä. Tätä havainnollisti sairaanhoitajan kuvaus:

"Iäkkäiden potilaiden hoitotyössä terveyden edistäminen on elämänlaadun edistämistä. Tuetaan ja pyritään parantamaan potilaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Sitä kautta se itsenäinen selviytyminen myös siellä kotona parantuu ja hoidon tarve vähenee. Keskeiseksi nousee myös tapaturmien ehkäiseminen. Pyritään erilaisin tukitoimin tekemään turvallinen ympäristö ja käytetään apuvälineitä. Sillä tavoin samalla tuetaan sitä toimintakykyä. Annetaan potilaiden tehdä itse mahdollisimman paljon niitä asioita, mistä he itse selviytyvät, ja autetaan sitten tarvittaessa esimerkiksi pukemisessa." - - "Hyvin paljon vielä tässäkin vaiheessa on tehtävissä, jos ei eliniän pidentämistä, niin elämänlaadun parantamista. Sehän on iso asia, jos potilas pärjäisikin kotona vielä vaikkapa vuoden, että pystyisimme jotenkin pidentämään sitä aikaa. Voidaan myös yrittää löytää oikea hoitopaikka, missä hän voisi viettää laadukasta, hyvää elämää, muualla kuin sairaalassa. Jos potilaan toimintakyky kuitenkin vaatii vuodehoitoa sairaalassa, silloinkin asentohoitojen tavoitteena on virheasentojen ehkäisy. Sekin on elämänlaadun parantamista ja terveyden edistämistä."

Asiantuntijoiden kuvaama työ oli terveyslähtöistä: siihen kuului yksilön terveyttä tukevien tekijöiden tunnistamista, niihin vaikuttamista ja elämänhallinnan tukemista (vrt. Honkanen 2008). Toimintaterapeutti kuvasi työtään seuraavasti: ”Pyrin tukemaan ihmisen omatoimisuutta, että se elämä saadaan mielekkääksi, että siinä on sisältöä ja on tarvetta osallistua siihen omaan arkeen ja hallita sitä tavalla tai toisella.” Terveyskäyttäytymiseen ja elämäntapoihin vaikuttamisen lisäksi toimintaterapeutti huomioi yksilön fyysisen ja sosiaalisen ympäristön terveyttä tukevina tekijöinä. Asiakkaalle annetun ohjauksen ja tiedottamisen ohella omaisten tukeminen oli merkittävä osa työtä. Terveyden edistäminen oli myös osallistumista asiakkaan toimintakykyä tukevien tekijöiden vahvistamiseen kotona, kuten osallistumista kodin muutostöiden suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.

Asiantuntijat tarkastelivat terveyden edistämistä myös työtä ohjaavana näkökulmana, joka heijastui niin työn tavoitteisiin kuin toimintatapoihin ja työmenetelmiin. Ensihoitaja kuvasi äkillisesti sairastuneen oireiden helpottamista, peruselintoimintojen tukemista ja asiakkaan saattamista tehohoitoon. Työn tavoitteena oli potilaan selviytyminen ja elämän jatkuminen. Ensihoitaja koki toimintansa ja tekemänsä valinnat ratkaiseviksi siinä, pystyisikö ensihoitoa saava potilas tulevaisuudessa selviytymään itsenäisesti. Esimerkiksi päätös siitä, kuljetetaanko potilas lähellä olevaan terveyskeskukseen vai hieman kauempana olevaan keskussairaalaan, saattaa olla ratkaiseva.

Kätilön työssä terveyden edistämisen näkökulma ilmeni työotteen kautta: ”Sieltä terveyden edistämisen näkökulmasta koko ajan toimin työssäni.” Äidin ja koko perheen voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen sekä vanhempien tukeminen vastuun ottoon sekä omasta terveydestään että vastasyntyneen terveydestä luonnehtivat työtä. Tavoitteena olivat perheen eheyden tunteen vahvistaminen ja itsenäinen selviytyminen. Kätilöllä oli ainutlaatuinen mahdollisuus toimia nuorten perheiden parissa ja näin tavoittaa heidät terveyspalvelujen piirissä. Bioanalyytikko ja röntgenhoitaja kertoivat työhön sisältyvistä diagnostisista tehtävistä. Näytteenotolla ja röntgentutkimuksilla saatavan asiakkaan terveydentilaa koskevan tiedon kautta he olivat osallisena moniammatillisessa yhteistyössä, jossa tavoitteena oli tukea ja edistää asiakkaan terveyttä.

”Itsellä on sellainen ykkösajatus, että me toimitaan eräänlaisena terveyden edistämisen välikappaleena eli meidän kautta edistetään terveyttä.”

(Bioanalyytikko)

Erilaiset työntekijän ja asiakkaan kahdenkeskiset hoito- ja ohjaustilanteet sekä terveystapaamiset ja vastaanotot ovat iso osa asiantuntijoiden työstä. Lisäksi työmenetelmiin kuului ryhmätoiminta, jonka merkitys terveyttä tukevana tekijänä arvioitiin suureksi. Ryhmätoiminnan kuvattiin ennen kaikkea mahdollistavan vuorovaikutuksen ja vertaistuen sekä tukevan omatoimisuutta ja yksilöiden selviytymistä arjessa. Tarvittiin suunnitelmallista yhteistyötä, arkipäivän luovuutta ja mahdollisuuksien näkemistä. Esimerkiksi fysioterapeutti kuvasi, kuinka ryhmätoiminta terveyden edistämisen työmenetelmänä toteutui hänen työssään moniammatillisesti. Hän huolehti sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutusryhmän liikunnallisesta osuudesta. Lääkärillä ja terveydenhoitajalla oli omat asiantuntijaosuutensa. Keskustelu toteutui ryhmän ja asiantuntijoiden yhteisenä dialogina. Myös toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja kertoivat ryhmätoiminnasta:

”Koen ryhmien merkityksen erittäin suureksi vertaistuen, vuorovaikutuksen ja aktivoitumisen kannalta. Ryhmässä ihminen voi nähdä, että muillakin on samanlaisia ongelmia, ja hän voi jakaa siellä myös omia kokemuksiaan. Mä en voi hypätä hänen maailmaansa. Voin vain koettaa samaistua ja ajatella, mitä se merkitsisi, jos minulla olisi vastaavia ongelmia. Mutta sitten, kun siinä on joku toinen, jolla on samanlaisia vaikeuksia, sieltä voi tulla ihan uudenlaisia ahaa-elämyksiä ja semmoinen uudenlainen osallisuuden tunne, että mä en olekaan yksin näiden ongelmieni kanssa.” (Toimintaterapeutti)

”Meillä kaikki tulevat aina päiväsaliin ruokailemaan. Sosiaalinen tilanne tukee myös hyvää ravitsemusta ja parantaa ruokahalua. Samalla he saavat semmoista vertaistukea siinä toisiltaan. Musiikkikin saattaa soida taustalla. Ruokailussa kannustetaan ja tuetaan omatoimisuuteen. Siinä yhdistyy monta kuntouttavaa tekijää terveyttä edistävällä tavalla.” (Sairaanhoitaja)

Haastateltavien työ oli myös yhteisö- ja yhteiskuntatason työtä. He toimivat erilaisissa oman organisaation ja sairaanhoitopiirin sisäisissä sekä kunnan eri toimialojen välisissä moniammatillisissa työryhmissä ja kehittämishankkeissa. Esimerkiksi hallinnollisia tehtäviä hoitavan lääkärin työssä terveyden edistäminen ilmeni tutkimus- ja kehittämistoiminnasta ja sen edellytyksistä huolehtimisena. Kehittämistyössä olennaista oli terveyden edistämisnäkökulman huomioiminen ja puolesta puhuminen. Ehkäisevässä työssä paino oli sekundaaripreventiolla, mikä lääkärin näkökulmasta korostikin yhteiskunnan muilla sektoreilla tapahtuvan primaariprevention ja terveyden edistämisen merkitystä. Tärkeäksi koettiin kirjoittaminen sanomalehtien yleisönosastoihin ja osallistuminen erilaisiin tapahtumiin ja kunnalliseen päätöksentekoon.

Ehkäisevän työn ja terveyden edistämisen rajapinnoilla

> ”Minun mielestä se terveyden edistäminen, se ehkäisevä työ, olisi todella siellä, missä ei oo mitään huolta.”

Asiakkaan kohtaaminen vastaanotolla mahdollisti aina terveysvalinnoista keskustelun ja niihin puuttumisen. Ehkäisevää työtä tehtiin niin primaari-, sekundaari- kuin tertiääritasolla. Lääkärin mukaan ehkäisevään työhön kuuluivat etenkin terveyden riskitekijöiden arviointi ja yksilöiden terveyskäyttäytymiseen puuttuminen. Yhtenä tavoitteena oli asiakkaiden tupakoinnista aiheutuvien haittojen ehkäisy ja tupakoimattomuuden edistäminen. Tupakoimattomuuden tärkeyttä ei lääkärin mielestä voinut liikaa korostaa. Suuhygienistin työssä preventiivinen toiminta konkretisoitui terveysneuvonnassa niin hampaiden hoidon kuin ruokavalion ohjauksena, jolla asiakasta tuettiin ottamaan vastuuta suun ja hampaiden terveydestä. Ohjaus terveelliseen ruokavalioon tuki asiakasta samalla painonhallinnassa. Etenkin lasten ja nuorten suun terveyden edistämisessä ennaltaehkäisy arvioitiin merkittäväksi, sillä suun terveys liittyy vahvasti myös yksilön psyko-

sosiaaliseen hyvinvointiin. Lapsilla korostui myös vanhempien ohjaus, neuvonta ja tukeminen vastuunottoon. Lääkäri ja suuhygienisti kuvasivat ehkäisevää työtä seuraavasti:

> ”Vaikka ihminen tulisi vain flunssan takia, niin jollakin tavalla terveysriskien kartoittaminen nousee olennaiseksi. Kun ihminen tulee vastaanotolle, näen hänen olemuksensa ja liikkumisen. Se on ikään kuin arviointi hänen mahdollisista riskitekijöistään. Sitten etenen kyselemällä. Aina minä kysyn, tupakoiko hän, ja jos tupakoi, puhallutan mikrospirometrin ja katson, joko siinä on laskua. Sitä kautta pääsen tähän tupakka-asiaan, joka minun mielestäni on vielä tärkeämpi kuin sen akuutin infektion hoito.” (Lääkäri)

> ”Nuorten kohdalla ennaltaehkäisy on tärkeää. Nuorilla hampaat reikiintyvät helposti, ja se pitäisi pyrkiä estämään. Huonokuntoinen ja kipeä suu on myös itsetuntoasia. Se vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin ja tulee jossakin vaiheessa raha-asiaksikin. Me pyritään näitä nuoria ohjaamaan mahdollisimman terveelliseen ruokavalioon sekä makeisten ja happamien juomien kontrolloituun nauttimiseen. Myös tupakoinnin ja nuuskan käytön näkee suusta, vaikka nuoren muu olemus ei sitä vielä paljastaisikaan. Siihen pystyy puuttumaan informoimalla nuorta. Korostankin aina nuorille niitä tupakoinnin sosiaalisia vaikutuksia.” (Suuhygienisti)

Terveydenhoitaja arvioi, että hänen työnsä lastenneuvolassa oli kaikkiaan terveyden edistämistä. Keskeisiä muotoja olivat primaari- ja sekundaaripreventio, joilla pyrittiin yhtä lailla ongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen kuin perheen voimavarojen tukemiseen. Mittausten avulla pyrittiin mahdollisimman varhain tunnistamaan lapsen kasvuun ja kehittymiseen liittyviä tarpeita, ja ohjauksen, kuten ravitsemusneuvonnan, tavoitteena oli ehkäistä lihavuutta ja sen aiheuttamia terveyshaittoja. Ehkäisevä työ sai kuitenkin myös promotiivisia muotoja, sillä ohjauksessa tuettiin samalla perheen psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja, mikä heijastui perheen psykososiaalisten ongelmien ehkäisyyn. Terveydenhoitajan työ konkretisoitui myös keskusteluna vanhempien parisuhteesta ja vanhemmuudesta, kotiavun tarpeen tunnistamisena ja avun järjestämisenä väsyneille äideille. Terveydenhoitajan mukaan hänen omat mahdollisuutensa perheen tukemiseen

perheen kotona olivat kuitenkin ajallisesti vähäiset. Tärkeintä on perheiden yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen ja toisaalta organisaatiolta saatu tuki avun järjestämiseksi.

Äidin ja perheen jaksaminen tulivat esille myös kätilön kuvauksissa ehkäisevästä työstä. Preventio konkretisoitui muun muassa masennuksen ja päihteiden käytön puheeksi ottamisena ja tukipalvelujen järjestämisenä kotiin äideille, joilla oli merkittävä riski sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Sekundaariprevention näkökulmasta tällä ehkäistiin äidin mielenterveyden ja hyvinvoinnin heikkenemistä. Lisäksi preventiivisen työn tavoitteena olivat sikiövaurioiden estäminen ja äidin päihteettömyys.

Sairaanhoitaja kertoi diabeetikoiden hoidosta, jossa terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan, niihin liittyvän ohjauksen sekä yksilöllisen lääkityksen avulla pyrittiin hyvän verensokeritasapainon saavuttamiseen ja ylläpitämiseen. Tavoitteena oli lisäsairauksien ehkäisy. Tämä ehkäisevä työ, tertiääripreventio, katsottiin samalla diabeetikon kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi ja pyrkimykseksi diabeetikon elämänlaadun parantamiseen. Näin ehkäisevään työotteeseen sisältyi myös promotiivisia toimintamuotoja.

Ensihoitaja kuvasi onnettomuuteen joutuneen potilaan hoitoa, jossa hänen mukaansa yhtenä tavoitteena oli lisävaurioiden ehkäisy. Lisäksi työhön kuului riskien arviointia ja tiedottamista sekä ohjausta lääkkeiden käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi. Ennakoivan ohjauksen merkitys osana ensihoitoa korostui niissä tilanteissa, joissa asiakkaan kuljettamisen sijasta päädyttiin muuhun jatkohoitoratkaisuun, kuten ensihoitaja kuvasi:

> ”Siinä tilanteessa voi olla jotakin riskioireisiin viittaavaa, mutta huolellisten tutkimusten ja lääkärikonsultaation jälkeen kuitenkin päädytään, että tarvetta jatkotutkimuksiin ei ole. On kuitenkin mahdollista, että oire on ennakko-oire ja tilanteesta lopulta kehittyy jotakin. Tällöin potilasta informoidaan ja ohjataan tarvittaessa hakeutumaan terveydenhuollon palvelujen piiriin.”

Röntgenhoitaja kertoi, että hänen työhönsä kuului säteilyn käytön minimoiminen vaurioiden ehkäisemiseksi. Lisäksi tutkimustilanteissa röntgenhoitajille tarjoutui usein ainutkertainen mahdollisuus havainnoida esimerkiksi asiakkaan ihon kuntoa. Puuttuminen asiakkaan ter-

veydentilan ulkoisesti näkyviin tekijöihin, kuten ihon ongelmiin, katsottiinkin tärkeäksi. Asiakasta voitiin ohjata ottamaan asia puheeksi seuraavan lääkärikäynnin yhteydessä. Näin asiakasta tuettiin ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Myös bioanalyytikko kertoi, että aina oli mahdollisuus puhua, ohjata ja neuvoa: ”Kun tehdään spirometreja, keskustellaan asiakkaan tupakoinnista. Se terveyden edistäminen tulee siinä rinnalla.” Ehkäisevä työ ilmeni myös tutkimuksiin ja näytteenottoon liittyvien työtapojen kautta, esimerkiksi hygieniasta ja turvallisuudesta huolehtimisena.

Päätelmiä terveyden edistämisen monimuotoisuudesta arjen työssä

> ”Terveyden edistämisen tulisi näkyä ihan kaikissa toiminnoissa ja ihan kaikissa kontakteissa. Senhän pitäisi olla joka kohtaamisessa.”

Terveydenhuollon toimintakentillä eri ammattien, toimijoiden ja tehtävien kirjo on laaja. Edellä esitetyt kuvaukset ovat jokaisen asiantuntijan subjektiivisia näkemyksiä. Terveyden edistäminen määrittyi monimuotoisena ja monitasoisena arjen työnä. Haastatteluun osallistuneiden oli kuitenkin vaikea määrittää, mikä on sen osuus päivittäisessä työssä.

Keskustelua herättääkin käsitteen laaja-alaisuus ja abstraktisuus: mitä oikeastaan ymmärretään tällä laajalla yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan terveyden edistämiseen kohdistuvalla käsitteellä? Tutkijoiden (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, McQueen 2008) mukaan tarvitaan entistä kriittisempää käsitekeskustelua ja käsitteen määrittelyä terveyden edistämisen oman identiteetin ja teoriapohjan löytämiseksi. McQueenin (2008) mukaan yhteinen terveyden edistämisen teoreettinen perusta mahdollistaa ammattilaisille entistä syvemmän ymmärryksen saavuttamisen terveyden edistämisestä osana päivittäistä työtä. Asiantuntijoiden kuvaukset osoittavat, että näkemys terveyden edistämisestä ulottuu laajalti yksilön terveysvalintoihin tähtäävien toimien ulkopuolelle. Terveyden edistäminen jäsentyi niin koko työtä oh-

jaavana näkökulmana kuin yksilöiden elämänhallinnan tunteen vahvistamisena tai pyrkimyksinä yhteisöjen voimaannuttamiseen. Kosunen (2007) toteaakin, että terveyden edistämisen käsittäminen vain sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyväksi tehtäväksi edustaa kapeaa näkökulmaa terveyden edistämiseen. Laaja-alainen näkemys on yhdenmukainen Ottawan julkilausuman (WHO 1986) kanssa.

Merkityksellistä oli, että jokainen asiantuntija koki, että he tekivät ehkäisevää työtä ja että se sisältyi heidän päivittäiseen toimintaansa (vrt. McQueen 2008). Ehkäisevä työ sai erilaisia merkityksiä: terveydenhoitaja pyrki ohjauksella ehkäisemään lapsen ylipainoa ja ensihoitaja ehkäisi hoitotoimenpiteillään onnettomuuden uhrin mahdollisia elinvaurioita. Lääkäri otti tupakoinnin puheeksi tavoitteenaan saada asiakas lopettamaan tupakointi. Suuhygienisti puolestaan koki, että hän ehkäisee nuorten sosiaalisia ongelmia suun terveyttä tukevalla ohjauksellaan. Kätilön työssä preventiivinen toiminta tuli esille päihdeäitien tukemisessa ja niiden äitien hoidossa, joilla oli riski sairastua synnytyksenjälkeiseen masennukseen. Masennus- ja päihdeäitien hoitotyössä voidaan ajatella, että sekundaari- ja tertiääripreventio sisältävät myös primaaripreventiota, kun preventiota tarkastellaan lapsen terveen kasvun tukemisen näkökulmasta.

Lisäksi asiantuntijat kuvasivat työtään terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn saamien yhteisten merkitysten kautta. Työ painottuikin ajoittain terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn rajapinnoille, jolloin se sisälsi promotiivisia piirteitä ja sen merkitys oli riskitekijöihin puuttumista ja sairauden ehkäisyä laajempaa. Tämän voidaan katsoa lisäävän terveyden edistämisen määrittelyn haasteellisuutta. Voidaankin puhua ”joko tai” -lähtökohdan sijaan ”sekä että” -näkökulmasta (Piper 2007, Lindström & Eriksson 2008, Pietilä ym. 2009). Prevention ja promootion käsitteiden eron tiedostaminen toiminnassa on tärkeää, mutta käsitteiden ja niiden sisältämien toimintojen ei kuitenkaan tule kilpailla keskenään. Molempia lähestymistapoja tarvitaan. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Terveysneuvonta on luontevaa tilanteissa, joissa sairaus tai sairastumisen riski tulee muutoinkin esille. Usein asiakaskin on tällöin motivoitunut käyttäytymisen muutokseen. (Kosunen 2007.) Myös haastatteluihin osallistuneet asiantuntijat kertoivat, että heidän päivittäisessä työssään on lukuisia mahdollisuuksia terveyttä edistävään toimintaan. Esimerkiksi lääkinnällisessä, hoidollisessa ja kuntouttavas-

sa toiminnassa nämä ilmenivät niin konkreettisten työmenetelmien käyttönä kuin työlle asetettuina tavoitteina. Voidaankin ajatella, että työn tarkastelu tavoitteen näkökulmasta painottaa koko työtä terveyden edistämisenä.

Terveyden edistäminen ei ole ainoastaan terveydenhuollon tehtävä. Monet terveyden taustatekijät ovat terveydenhuollon ulkopuolella, minkä vuoksi huomattava osa terveyden edistämisestä tehdään yhteiskunnan muilla sektoreilla. Terveydenhuollossa toimivilla on kuitenkin merkittävä asiantuntijan ja puolestapuhujan rooli. Terveyspalveluissa asiakkaiden kohtaamisessa on aina mahdollisuus terveyden edistämiselle. Tärkeintä on työntekijän taito tunnistaa nämä mahdollisuudet omassa työssään.

> ”Terveyden edistäminen on niin iso asia, valtavan laaja. Siitä pystyy pienen palan aina näykkäisemään siitä reunasta. Ehkä se on tärkeintä, että se asenne pidetään siinä mukana.”

Oheiskirjallisuutta

Honkanen H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 160, Kuopio.

Kosunen E. 2007. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. Suomen Lääkärilehti 62(1–2), 69–73.

Lindström B, Eriksson M. 2008. Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. Suomen Lääkärilehti 6, 517–519.

McQueen DV. 2008. Self-reflections on health promotion in the UK and the USA. Public Health 122, 1035–1037.

Pietilä A-M, Varjoranta P, Matveinen M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä – arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö 7(3), 5–12.

Piper S. 2008. A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. Nurse Education Today 28, 186–193.

Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005, Helsinki.

WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion, Canada.

3.2 Kuvauksia terveyttä edistävän työn eettisestä perustasta

Anna-Maija Pietilä, Arja Halkoaho ja Mari Matveinen

Tässä luvussa tuodaan esille haastateltujen terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemyksiä terveyttä edistävän työn eettisestä perustasta. Esimerkkikuvaukset havainnollistavat, kuinka eettisten periaatteiden mukainen toiminta voi ilmetä työssä ja millaisissa arjen tilanteissa asiantuntijat voivat kokea ristiriitoja. Eettinen ristiriita syntyy, kun asiantuntija kokee, että hänen ammatilliset tai henkilökohtaiset arvonsa ja periaatteensa ovat ristiriidassa asiakkaiden, muiden ammattilaisten, organisaation tai yhteiskunnan eettisen perustan kanssa. Tällä kirjoituksella lukijaa halutaan kannustaa pohtimaan terveyttä edistävän työnsä eettistä perustaa ja herkkyyttään tunnistaa ongelmatilanteita sekä arvioimaan eettistä osaamistaan.

Haastatteluun osallistuneet asiantuntijat kuvasivat, että ihmisarvon kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, tasa-arvoisuus ja vastuullisuus ohjaavat heidän terveyttä edistävää työtään. Nämä periaatteet kuvataan taulukossa 3.1 ja niitä havainnollistetaan alkuperäislausumilla.

Taulukko 3.1 Eettiset periaatteet terveyttä edistävässä työssä

Eettiset periaatteet	Esimerkkejä alkuperäisistä lausumista
Ihmisarvon kunnioittaminen	”Kyllä minä näen sen läheisen kunnioittamisen niin, että sitä varmasti on työkavereita kohtaan ja niitä perheitä kohtaan. Ajattelen, että semmoinen korkea eettisyys, tai ainakin pyrin olemaan tasapuolinen ja kunnioittamaan niitä ihmisiä, että se näkyisi siinä minun työssä.” ”Kunnioitanko päihteiden käyttäjää samalla tavalla kuin todellisen avun tarpeessa olevaa vanhaa rouvaa? Aina en jaksa, vaikka tiedän, että näin sen pitäisi mennä. Siihen on opetettu ja tiedän sen itsekin, että jokainen on yksilönä sellainen kuin on. Minulla ei ole oikeutta arvostella häntä tai tehdä johtopäätöksiä siitä, kumpi heistä on arvokkaampi ihmisenä. Väsyneenä kun tekee töitä, helposti tulee semmoinen olo, että meitä käytetään turhaan tai että se on turhaa. Vaikka toisaalta, onko se?”
Yksilöllisyys	”Synnytysvuodeosastolla ohjeemme on, että perhehuoneet on tarkoitettu ensisynnyttäjille. Mutta jos perhe tarvitsee oman huoneen, pyrin järjestämään sen heille. Minusta se pitää hyvin yksilöllisesti mennä, että kenellä se tarve on suurin.” ”Koululaisten terveystarkastuksissa perustietokaavakkeen täyttäminen vie paljon aikaa, huomiota ja ohjaa samalla keskustelun kulkua. Tällöin haasteena on intuition ja sellaisen kosketuksen säilyttäminen vastaanotolla olevaan koululaiseen ja hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa.”
Itsemääräämisoikeus	”Minulle itsemääräämisoikeus on sitä, että en aliarvioi enkä ohita asiakkaan tarpeita. Se, millä asialla hän tulee vastaanotolle, on päällimmäinen asia, ja se pitää joka tapauksessa etsiä ja hoitaa, oli se sitten mikä tahansa ja vaikka se olisi piilotettuna siihen tulosyyn taakse.” ”Vaikka minulla olisi kaksi samanlaista lähetettä, samat ongelmat ihmisillä, menen siihen tilanteeseen avoimena ja lähden liikkeelle siitä, mitä asiakas haluaa tuoda itsestään minulle. Pyrin saamaan ne asiakkaan omat tarpeet esille ja lähtemään sieltä, ja jos asiakas kokee, että jokin asia ei ole hänelle ajankohtainen tai tärkeä, niin se on myös sillä hetkellä niin. Sitä voidaan sitten miettiä, miksi se ei ole tärkeä ja miksi se saattaisi olla tärkeä. Koen, että olen toimintakyvyn asiantuntija, mutta hän on sen oman elämänsä asiantuntija.”
Tasa-arvoisuus	”Työn tulisi olla monella tavalla tasa-arvoista. Se tarkoittaa myös sitä, että me emme selän takana mieti ja vie asioita eteenpäin ilman, että se yksilö tai ryhmä on tietoinen, mitä on tarkoitus tehdä. Keskeistä on osallistaminen, ja se on myös haaste, sillä me asiantuntijat helposti kuvittelemme, että osaamme päättää puolesta.” ”Lastenneuvolan kohdalla puhutaan, pitäisikö meidän painottaa näitä, jotka tarvitsevat enemmän. Mielestäni sitä ei pidä tehdä määräaikaistarkastusten vähentämisen varjolla, koska se on kuitenkin meidän vahvuus, että me kohdataan asiakkaat tietyin väliajoin.”
Vastuullisuus	”Minulla on vastuu siitä, että tutkimus tehdään oikein, niin että saadaan paras optimaalinen diagnostinen taso ja että tutkimus ei vahingoita asiakasta. Vastuuseen kuuluu myös, että huolehdin asiakkaan loppuun asti. Asiakkaan tulee tietää, mihin hän tämän tutkimuksen jälkeen menee, milloin ja mistä hän saa tutkimustulokset.” ”Me ei voida jättää sitä ihmistä. Kun me ollaan kohdattu, me ollaan vastuussa siitä ja arvothan astuu aika voimakkaasti kehiin silloin.”

Ihmisarvon kunnioittaminen

Asiantuntijat kuvasivat ihmisarvon kunnioittamisen terveyttä edistävän työn keskeisimmäksi eettiseksi periaatteeksi. Ihmisarvon kunnioittamisessa oli kysymys ajan antamisesta ja läsnä olevasta kuuntelusta sekä rehellisyydestä. Oli tärkeää, ettei asiakkaan toiveita ja tarpeita vain kuunneltu vaan asiakkaalla oli myös todellisia vaikutusmahdollisuuksia. ”Me kyllä kuunnellaan, mutta mä en ole ihan varma, kuullaanko me aina.” Tämä toimintaterapeutin kuvaus ilmentää asiakkaan kohtaamista sekä todellista taitoa pysähtyä ja huomioida asiakas yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Todellinen kuuleminen liittyikin asiakkaan tarpeiden tunnistamiseen ja osallisuuden vahvistamiseen. Sosiaalietiikan professori Hallamaan (2008) mukaan ratkaisevaa kuulemisessa on asenne: asiantuntijan oma halu kuunnella ihmisen ääntä ja tunnistaa, että asiakkaan hyvä on keskeinen osa myös asiantuntijan omaa hyvää. Se, että suunnitelmat ja kaaviot pannaan välillä syrjään, auttaa ihmisen äänen kuulemisessa.

Asiantuntijoiden mukaan kokemus kiireestä ja ajan vähyydestä terveydenhuollon toimintaympäristöissä oli yleistä. Rajalliset henkilöstövoimavarat ja entistä suuremmat asiakasmäärät aiheuttivat ristiriitaa.

Röntgenhoitaja toi esille kokemustaan ikääntyneiden ja monisairaiden asiakkaiden määrän lisääntymisestä, mikä oli tuonut työhön uusia vaatimuksia. Tarvittiin entistä enemmän aikaa ohjaukseen ja kohtaamiseen, kuunteluun ja pysähtymiseen. Pelkän röntgentutkimuksen tekemisen sijaan hoitaja halusi olla aidosti läsnä, ohjata asiakasta tämän ohjaustarpeiden mukaisesti ja antaa tälle mahdollisuuden tulla kuulluksi. Mutta toisaalta tieto siitä, että seuraava asiakas jo odotti omaa vuoroaan, aiheutti ristiriitaa: ”Välillä tuntuu, että tulee huono omatunto, jos jää asiakkaan kanssa keskustelemaan enemmän. Siellä se jono kasvaa, kun pysähtyi sen ihmisen kanssa.” Asiakasmäärien kasvaessa ja asiakkaiden tarpeiden muuttuessa on kiinnitettävä huomiota ajan riittävyyteen, mutta yhtä lailla keskeisiä ovat terveyttä edistävän työn neuvonta- ja ohjaustaidot ja niiden sovittaminen erilaisten asiakasryhmien tarpeisiin. Jää pohdittavaksi, mikä on asenne aikaan ja lyhyessäkin ajassa tapahtuvaan ihmisen kohtaamiseen. Tiedetään, ettei ajan puute ole todellinen syy epäkohteliaaseen käytökseen tai asiakkaan huomioimatta jättämiseen.

Asiakkaan kunnioittaminen ei haastateltavien mukaan ole kaikissa tilanteissa selviö. Tästä esimerkkinä olivat runsaasti päihteitä käyttävät asiakkaat, jotka tarvitsivat terveydenhuollon palveluita toistuvas-

ti. Työntekijä pohti tällöin omia henkilökohtaisia arvojaan ja ammatillisia periaatteita mutta myös työyksikön päätehtävää ja vastuutaan yksikön resurssien käytöstä. (Taulukko 3.1.) Päihtymys ei saa olla este asiakkaan asianmukaiselle kohtelulle, hoidon tarpeen arvioinnille eikä tuen tai hoidon järjestämiselle (Paunio 2008). Päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa avainasemassa ovat eettinen ajattelu, eettiset periaatteet ja ammattitaito.

Kunnioittaminen näkyi työssä myös rehellisyytenä, kun asiakkaalle annettiin tietoa hänen terveyteensä liittyvistä asioista. Yleisemmin rehellisyys on liitetty ammattilaisen vastuulliseen toimintaan ja asiakkaan tiedonsaantioikeuden kunnioittamiseen. Esimerkiksi pidättäytyminen antamasta asiakkaalle sellaista tietoa, joka olennaisesti auttaisi häntä oman terveytensä ymmärtämisessä, on epäeettistä toimintaa, vaikka tiedon antaminen aiheuttaisikin tarpeetonta huolta asiakkaalle. (Redman 2008.) Haastateltavien mukaan rehellisyys liittyi luontevasti suorapuheisuuteen. Suoraa ilmaisutapaa pitivät luontevana etenkin ensihoitajat, joiden työ vaati nopeita päätöksiä ja toimintaa. Ensihoitajan mukaan potilaat usein odottivatkin häneltä suoraa puhetta, mikä helpotti vuorovaikutustilanteen etenemistä. Asioita oli kuitenkin mahdollista ilmaista rehellisesti monin eri tavoin. Joskus tarvittiin hienotunteisuutta. Tällöin kunnioittaminen ilmeni kuvausten mukaan ammattilaisen käyttämien sanojen, puhetavan, äänenpainojen, ilmeiden ja katseiden kautta. Oli ennakoitava, miltä asiat ja niiden ilmaisutapa potilaasta tai omaisista saattoivat tuntua.

”Uskon, että jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työtä ohjaavat ammatin yleiset periaatteet, kuten minulla yksilöllisyys ja perhekeskeisyys. Mutta siellä taustalla on vielä jotakin merkittävämpää, jonka takia ajattelen, että ihmisten on tärkeä kunnioittaa itseään yksilöinä huolehtimalla itsestään.” Edellä olevassa kuvauksessa terveydenhoitaja pohti kunnioittamista ja sen merkitystä terveyttä edistävän työnsä perustana: mikä todella ohjaa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa terveyden edistämistä? Terveyden edistäminen oli arvokasta sen takia, että jokainen ihminen on yksilönä arvokas. Hoitajan tehtävänä oli tukea yksilöitä omalla työllään siten, että he kokisivat itsensä arvokkaiksi ja kunnioittaisivat itseään pitämällä yllä ja edistämällä omaa terveyttään, toisin sanottuna tekisivät itselleen hyvin. Kysymys siitä, kuka määrittää yksilön hyvän, ei kuitenkaan ole yksiselitteinen (vrt. Länsimies 2008). Käytännöllisen filosofian dosentti Terho Pursiaisen (2008) mukaan tervey-

denhuollon asiantuntijan tehtävänä on auttaa yksilöä ajoissa tarkastamaan hyväksitystään niin, ettei hänen myöhemmin tarvitsisi katua. Toisaalta hän haastaa myös pohtimaan yksilön arvokkuutta ja ihmisarvon kunnioittamista toteamalla, että ihmisen elämän ohella muukin elämä on itsessään arvokasta. (Pursiainen 2008.)

Ihmisarvo on kaiken hoitamisen ja myös terveyden edistämisen ydin. Se myös muodostaa niiden perustan ja tarkoituksen (ETENE 2001, 2008). Tätä ilmentää myös erään asiantuntijan lausuma: ”Kaikkein heikoimmillakin on oikeus saada ihmisarvoista kohtelua.” Merkitystä on sillä, miten tätä periaatetta käytännössä tulkitaan. Esimerkiksi terveydenhuollossa käytettävä tekniikka on laadukasta ja sitä käytetään taidokkaasti, mutta se ei riitä, ellei ihmispersoona tule nähdyksi, suojelluksi ja kunnioitetuksi. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on selkeä ja kansainvälisesti edistyksellinen kannanotto potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisen puolesta. Se merkitsee ennen kaikkea potilaan ja häntä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutuksen ja kohtaamisen tähdentämistä. Avainasemassa ovat keskinäinen luottamus ja ymmärrys. (ETENE 2001.)

> ”Ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus on kaikkien toisiin ihmisiin kohdistuvien toimien moraaliperusta.”
> (Arkkiatri Risto Pelkonen 2008)

Yksilöllisyys

Terveyden edistämisessä yksilöllisyys työtä ohjaavana periaatteena on asiantuntijoiden mukaan asiakkaan yksilöllisten ominaisuuksien, tarpeiden ja voimavarojen huomioimista. Yksilöllinen toiminta vaatii asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen tunnistamisessa, tukemisessa ja ohjauksessa käytettävien työmenetelmien hallintaa. Menetelmien käytössä korostuvat erityisesti asiantuntijan osaaminen ja mahdollisuudet niiden yksilölliseen ja tilanteenmukaiseen soveltamiseen.

Asiantuntijoiden kuvauksissa yksilöllisyys työtä ohjaavana periaatteena liittyi luontevasti yksilöiden kokonaisvaltaisuuden huomioimiseen. Työn lähtökohtana korostettiinkin asiakkaan kokonaisvaltaisten terveystarpeiden ja voimavarojen yksilöllistä tunnistamista. Terveys-

ja humanistisille tieteille ominainen näkemys terveyden kokonaisvaltaisuudesta, sen fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, yhteisöllisestä ja henkisestä ulottuvuudesta, oli asiantuntijoiden kuvauksissa vahvasti mukana (vrt. Eriksson ym. 2008). Tämän syvällinen ymmärtäminen arjen työssä, jokaisessa asiakkaan kohtaamisessa ja terveyden edistämisen työmenetelmien käytössä oli myös yksilöllisen toiminnan toteutumisen edellytys.

Jokaisessa organisaatiossa ja työyksikössä on yhteisesti sovittuja omia käytäntöjä ja periaatteita. Asiantuntijat kuvasivat, kuinka he joskus saivat kokea tasapainoilevansa yhteisten käytänteiden ja asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioivan terveyden edistämistyön välillä. Kätilön pohdinta (taulukko 3.1) synnytysvuodeosaston perhehuoneiden luovuttamisesta perheelle kuvasi tuota ristiriitaa. Rajalliset mahdollisuudet yksityisen tilan, kuten yksityishuoneiden, järjestämiseen on myös kirjallisuudessa kuvattu yhdeksi etenkin hoitotyöntekijöiden kokemista eettisistä ongelmista yksilöllisyyttä ja eheyttä tukevassa toiminnassa (Wadensten ym. 2008). Lisäksi perheen yksilölliset tarpeet muodostivat ohjauksen lähtökohdan, mitä tuki myös kätilön pohdinta ajankäytöstä: ”Ei ole järkevää antaa kaikille samaa ohjetta ja käydä läpi samoja asioita. Minusta se on silloin niin perheen kuin meidänkin ajankäytön hukkaan heittämistä.”

Työmenetelmien käytössä yksilöllisyyden huomioiminen tuli esille pyrkimyksenä ja taitona soveltaa menetelmiä tilanteen mukaisesti. Avoterveydenhuollossa vastaanottotyön yhteydessä yleisesti käytetyt kyselyt koettiin merkittäviksi terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn apuvälineiksi. Asiantuntijat kuitenkin myös tiedostivat niiden käyttöön ja omaan osaamiseensa liittyviä haasteita. Koettiin, että erilaisia hoitosuosituksia ja työmenetelmiä tulisi osata soveltaa, mutta samalla painotettiin, että tarkkojen ohjeiden, tietokoneohjelmien tai mittareiden mukaan toimiminen ei ole aina tarkoituksenmukaista. Esimerkiksi koululaisten terveystarkastuksissa käytettävien kyselylomakkeiden täyttäminen saattoi viedä paljon aikaa ja huomiota sekä ohjata keskustelun kulkua voimakkaasti. Tällöin haasteena oli intuition ja aidon kosketuksen säilyttäminen vastaanotolla olevaan koululaiseen ja hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa. Myös tutkimuksessa (Rogers 2004) tuodaan esiin, että liiallinen huomion kiinnittäminen työn hallinnointiin tai lomakkeisiin vähentää työntekijän eettistä herkkyyttä tunnistaa asiakkaan tai perheen välittömiä tarpeita.

Asiantuntijat liittivät yksilöllisyyden huomioimisen luontevaksi osaksi voimavaralähtöistä työotetta. Puhuttiin yksilöllisten voimavarojen huomioimisesta työn lähtökohtana niin terveystarpeiden arvioinnissa kuin terveyttä edistävän toiminnan suunnittelussa. Toimintaterapeutti kuvasi: ”Aina on jotain vahvaa, vaikka asiakas olisi kuinka huonossa kunnossa. Niiden vahvuuksien kauttahan mä lähden liikkeelle.” Voimavarojen ja vahvuuksien tunnistaminen terveyden edistämisen lähtökohdaksi ei kuitenkaan tarkoittanut, että asiakkaan ongelmat tai toimintakyvyn vajaukset olisivat jääneet huomioimatta. Ne tiedostettiin mutta niiden korostamista vältettiin. Tämä näkemys liittyy terveyden edistämisessä yhä enemmän esillä olevaan salutogeeniseen lähestymistapaan (Lindström & Eriksson 2008), jossa peruskysymyksenä on, mikä pitää yllä ja edistää ihmisen terveyttä (ks. päälukua 2).

Asiantuntijat tarkastelivat voimavaralähtöisyyttä yksilöllisyyttä korostavassa terveyttä edistävässä työssä suhteessa voimavaroihin, joita asiakkaalla oli käytettävissään esimerkiksi ohjaustilanteessa. Lisäksi he kuvasivat terveyttä tukevia tekijöitä, jotka antavat asiakkaalle mahdollisuuden huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Asiakkaan yksilöllisten voimavarojen arviointi, käyttöönotto ja tukeminen konkretisoituivat lyhyissäkin asiakkaan kohtaamis- ja ohjaustilanteessa. Röntgenhoitajan työssä asiakkaan voimavarat ja niiden arvioiminen vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa muodostivat tutkimukseen liittyvän ohjauksen perustan ja ohjasivat tutkimuksen toteuttamistavan valintaa. Oli selvää, että lähete, joka jo sinällään toimi työtä ohjaavana tekijänä, ei riittänyt. Ohjeita annettaessa oli arvioitava, millaista ohjausta asiakas tarvitsi ja ymmärsikö hän hoitajan käyttämiä ilmaisuja. Lisäksi oli arvioitava asiakkaan fyysinen toimintakyky ja edettävä hänen voimavarojensa mukaan.

Yksilöllisten terveyttä tukevien tekijöiden huomiointi oli lähtökohtana esimerkiksi suuhygienistin työssä, kun hän ohjasi perhettä ottamaan vastuuta lapsen suunhoidosta. Jos perheessä oli monta pientä lasta tai sairautta, vanhemmilla ei välttämättä ollut riittävästi voimavaroja vastuunottoon. Suuhygienistin tuli huomioida tämä ohjauksessa ja keinojen etsinnässä siten, että vanhemmat saisivat mahdollisimman helposti ja käytettävissä olevien voimavarojensa avulla lasten hampaiden harjauksen sujumaan. Voimavaralähtöinen ohjaus oli näin myös ympäristön voimavarojen ja toimintamahdollisuuksien huomioimista.

Itsemääräämisoikeus

Perinteiseen näkökulmaan asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta terveydenhuollossa kuuluu asiakkaan oikeus tehdä terveyteensä, sen edistämiseen ja hoitoon liittyviä valintoja ja päätöksiä (ETENE 2001). Tavoitteena on yksilön hyvä. Terveyttä edistävässä työssä potilaalla, ammattihenkilöillä tai potilaan omaisilla voi olla erilainen näkemys potilaan hyvästä. Päädytään tilanteisiin, joissa on pohdittava, mikä todella on asiakkaan hyvä. Pursiaisen (2008) mukaan yksilön hyvää on se, mitä hän itse valitsee omaksi hyväkseen.

Asiakkaan oikeus saada tietoa oli haastatteluun osallistuneiden asiantuntijoiden mukaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen keskeinen edellytys. Asiantuntijalta edellytettiin avointa tiedon antamista asiakkaalle ja hänen omaisilleen, mikä tarkoitti asiakkaan terveyttä koskevan tiedon sekä terveyttä tukevien vaihtoehtojen ja erilaisten näkökulmien esille tuomista. Tieto mahdollisti asiakkaan valinnan. Edes perusteellinen tieto ei haastateltujen mukaan kuitenkaan ollut ainoa valintaan vaikuttava tekijä, vaan siihen sisältyivät niin asiakkaan elämäntilanne kuin persoonallisuuskin.

Tiedon antamisessa oli ensisijaisesti kysymys onnistuneesta vuorovaikutustilanteesta. Tällöin keskeisiä olivat asiakkaan kunnioittava kohtaaminen, yhteinen keskustelu ja reflektointi. Esimerkiksi asiakkaan näkemys vastaanotolle tulon syystä ja asenne terveytensä edistämiseen saattoivat olla hyvin kielteisiä. Lääkärin mukaan oli kuitenkin vuorovaikutuskysymys, miten asiaa lähestyttiin eli miten asiakkaan annettiin tuoda asiansa esille ja miten tietoa annettiin ja käsiteltiin yhdessä. Vuorovaikutuksessa merkittävää oli se, että dialogi oli tasavertaista. Itsemääräämisoikeuden tarkastelu tästä näkökulmasta herättelee kuitenkin pohtimaan, vaikuttaako asiakkaan päätökseen asiantuntijan auktoriteettiasema ja millainen määrä tietoa on riittävä, että asiakkaan autonominen päätöksenteko todella toteutuu. Mitä todennäköisimmin asiakkaan tahtoa on helppo rajoittaa. Asiantuntijan harkintaa voidaan pitää ylivertaisena suhteessa asiakkaan harkintaan, sillä asiantuntijalla on koulutuksensa ja perehtymisensä pohjalta syvempi ymmärrys asiakkaan terveydentilasta ja sairauksista sekä keskimäärin enemmän tietoa kuin asiakkaalla. (Louhiala 2008.)

Ei ole harvinaista, että itsemääräämisoikeuden kysymyksiin sisällytetään joskus myös negatiivisia ulottuvuuksia. Haastatteluun osallistuneiden asiantuntijoiden mukaan tällä voitiin tarkoittaa asiakkaan

miellyttämistä, mistä ei kuitenkaan ole kysymys. Asiantuntijat korostivat, että esimerkiksi vastaanotolle tulleen asiakkaan ilmaisemat tarpeet ja palveluihin hakeutumisen syy tuli huomioida, vaikka työntekijä olisi katsonut tarpeelliseksi puuttua eri asioihin asiakkaan terveydentilassa (taulukko 3.1). Esimerkiksi lääkärin mielestä oli tärkeää puuttua flunssapotilaan tupakointiin unohtamatta kuitenkaan sitä, että asiakkaan tuli saada hoitoa myös flunssaansa. Lisäksi asiakkaan näkemys omista voimavaroista valintojensa perustana tuli huomioida terveyden edistämistoiminnan suunnittelussa. Itsemääräämisoikeutta voitiinkin asiantuntijoiden mukaan pitää myös asiakkaan voimavarana, yksilön valveutuneisuutena ja kiinnostuksena terveytensä ylläpitämiseen ja edistämiseen. Asiakkaan elämäntapaohjauksessa mahdollistuvat parhaimmillaan sekä itsemääräämisoikeuden että yksilöllisyyden periaatteen toteutuminen. Samalla voimavaralähtöisyys työn lähestymistapana konkretisoituu.

Itsemääräämisoikeus ja siihen liittyvät eettiset kysymykset korostuivat erityisesti haavoittuvien asiakasryhmien, kuten dementia- ja mielenterveyspotilaiden, kohtaamisessa. Ensihoitaja kuvasi haasteellisiksi tilanteita, joissa kohdattavana olivat mielenterveyspotilas ja tämän omaiset: ”Jos potilas sanoo, että hän ei suostu lähtemään mukaamme, mutta siellä on omaisia, jotka kuvaavat potilaan olevan sekaisin ja tarvitsevan hoitoa, tilanne on hankala. Ketään kun ei voi kuljettaa väkisin.” Yksilön itsemääräämisoikeuden toteutumisen rinnalla oli myös huomioitava omaisten oikeus tulla kuulluksi (vrt. Chen ym. 2008). Keskeistä on kuitenkin taito tunnistaa todellinen hoidon tarve ja perustella ratkaisu niin omaisille kuin potilaallekin. Kysymykseksi jää, milloin potilaan itsemääräämisoikeuden sijaan tulee edelle asettaa esimerkiksi potilaan ja ympäristön turvallisuudesta huolehtiminen, jolloin asiantuntija toimii vasten potilaan ilmaisemaa tahtoa.

Kuolemaa lähestyvän potilaan kuuleminen on tärkeää. On pohdittava hoidon oikeutusta potilaan näkökulmasta yhdessä hänen kanssaan. Haastatteluun osallistunut lääkäri taas arvioi itsemääräämisoikeutta henkisen terveyden näkökulmasta ja kysyi: ”Tulisiko ihmisellä olla hieman oikeutta myös säädellä omaa kuolemaansa eikä pelkästään elämää?” Hänen mukaansa hyvin huonokuntoisten ja vanhojen ihmisten hoidossa kuolemaa tulisi osata lähestyä entistä armollisemmin. Terveyden edistämisessä on yhä tärkeämpää korostaa henkisen terveyden merkitystä.

Haastatteluun osallistuneet asiantuntijat pohtivat oikeuttaan jättää vastuu asiakkaan terveydestä huolehtimisesta kokonaan asiakkaalle itselleen, jolloin tämän itsemääräämisoikeus asiakkaan näkökulmasta yksinkertaisimmillaan toteutuisi. Asiantuntijat kuvasivat kohdanneensa asiakkaita, jotka eivät lukuisista yrityksistä ja heille tarjotuista mahdollisuuksista halunneet ottaa vastuuta ja huolehtia terveydestään. Tällöin pohdittavana oli asiantuntijan oikeus luopua yrityksistä asiakkaan terveyden edistämiseksi tilanteessa, jossa ei ollut kysymys henkeä uhkaavasta tilanteesta. Haastateltavien mukaan ”luopumisessa taistelusta tuulimyllyjä vastaan” oli kyse terveyttä edistävän työn järkevyydestä. Tasapainoilu itsemääräämisoikeuden ja syrjäytymisen välillä tarjoaakin jatkuvasti eettisiä haasteita, sillä ei ole hyvä puhua tahallisesta syrjäyttämisestä. Pelkosen (2008) mukaan ihmisen omaa vastuuta voidaan korostaa sairauksien ehkäisyssä, mutta koska sairautta tai sairastumista ei aina voida hallita, ihmistä ei saa hylätä tai syrjäyttää itsemääräämisoikeuden varjolla. On tilanteita, joissa ihmisen voimat eivät riitä terveyden ylläpitämiseen. Pelkonen (2008) toteaakin, että vaatimukset siitä, että jokainen vastatkoon omasta terveydestään, ovat vahvojen vaatimuksia.

Asiantuntijat kyseenalaistivat myös terveyspalvelujen toimivuutta suhteessa yksilön vastuunottokykyyn, valintoihin ja itsemääräämisoikeuteen. Kysyttiin, johtavatko heikommassa asemassa olevien terveysvalinnat ja puutteellinen elämänhallinta siihen, etteivät he hyödy terveyspalvelujärjestelmistä saatavasta tuesta. Katsotaanko oma terveys kenties niin vaikeaksi asiaksi, ettei sitä osata hallita? Hallamaa (2008) onkin pohtinut, että ihminen ei saa apua, koska hänen tarpeensa ei vastaa terveydenhuollon organisaation määrittelemiä toimenkuvia ja palvelutarjontaa. Aina ei ole kysymys asiakkaan halusta.

> ”Keskeinen kysymys liittyy itsemääräämisoikeuteen: miten paljon ihmisellä on mahdollisuus valita myös ns. huonoja vaihtoehtoja, jos hänellä on oikeus määrätä omasta elämästään? Ottaako hän huonosti elämällä tietoisen riskin ja vastaako riskinotostaan? Pitäisikö ihmisen ottaa vastuuta ja miten?”
>
> (ETENE 2008)

Tasa-arvoisuus

Terveydenhuollossa tasa-arvoisuutta tarkastellaan usein perusoikeusnäkökulmasta, jolloin sillä viitataan ihmisten yhdenvertaisuuteen palvelujen ja yksittäisten hoitoratkaisujen saamisessa. Yhdenvertaisuudesta on kysymys myös erityisesti silloin, kun kohdataan haavoittuviin ryhmiin kuuluvia asiakkaita, kuten vanhuksia, lapsia, vammaisia ja syrjäytyneitä (Paunio 2008). Lisäksi tasa-arvoisuutta tulee pitää terveyden tasa-arvona, mihin tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen toiminta palveluissa osaltaan luo edellytyksiä. Terveyden epäoikeudenmukainen jakautuminen ja sosioekonomiset terveyserot ovatkin yksi pulmallisimmista eettisistä kysymyksistä. Jos huonoimmin voivien elämäntapoihin pystytään puuttumaan jo varhaisessa vaiheessa ja vaikuttamaan terveyttä tukeviin tekijöihin, voidaan myös terveydenhuollon keinoin lisätä merkittävästi koko väestön terveyttä ja hyvinvointia. Näin lisätään ihmisten mahdollisuuksia paitsi tasa-arvoisuuteen terveydenhuollossa myös yhdenvertaisempaan terveyteen. (ETENE 2008.)

Haastatteluihin osallistuneiden asiantuntijoiden näkemyksissä korostui yksittäisen työntekijän toiminta. Työntekijän tuli pyrkiä asiakkaiden tasapuoliseen kohteluun yksittäisten menetelmien käytössä, kuten ohjauksessa ja neuvonnassa. Toisaalta asiakkaan kohtaamisessa painotettiin vuorovaikutussuhteen tasa-arvoisuutta. Asiantuntijoiden mukaan tämä edellytti myös omien asenteiden, kielteisten tunteiden sekä omien ja asiakkaan arvojen välisten ristiriitojen tunnistamista: ”Ne on pyrittävä työntämään sivuun ja kohtaamaan ihminen ihmisenä.” Asiakkaan ja asiantuntijan välistä tasavertaisuutta edisti myös terveyden edistämistyön tekeminen läpinäkyväksi. Haastatteluissa tuli esille, että yksilöiden ja yhteisöjen tulisi olla tietoisia asiantuntijoiden heidän hyväkseen tekemästä terveyden edistämistyöstä ja sen tarkoituksesta. Päätöksenteossa tämä tarkoitti asiakkaan osallisuuden vahvistamista. Samalla edistettiin asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Tasa-arvoisuuden periaate yhdessä ihmisarvon kunnioittamisen kanssa liitettiin myös työyhteisön toimintaan. Kirjallisuudessa on kuvattu työntekijöiden välisten suhteiden eettisiä ongelmia, jotka usein ovat olleet yhteydessä terveydenhuollon ”hierarkkiseen systeemiin” (Wadensten 2008). Haastatellut asiantuntijat korostivatkin työyhteisön jäsenten tasapuolisen kuuntelemisen ja kunnioittamisen merkitys-

tä, joka ilmeni työtoverin osaamisen arvostamisena sekä näkemysten huomioon ottamisena työhön liittyvässä päätöksenteossa.

Aiemmin tässä luvussa kuvattu kätilön näkemys perhehuoneen järjestämisestä sitä eniten tarvitsevalle perheelle havainnollistaa tasa-arvoisuuteen mutta samalla myös yksilöllisyyteen pyrkivän terveyttä edistävän työn välistä ristiriitaa (taulukko 3.1). Jos kätilön yksilöllistä ja tarvelähtöistä toimintaa kuitenkin tarkastellaan juuri terveyden tasa-arvon näkökulmasta, voidaan kätilön näkemystä pitää oikeana. Päätöksellään hän lisää heikommassa asemassa olevan perheen tasa-arvoisempia mahdollisuuksia selvitä uudessa tilanteessa. Näin myös yksilöllisyyden periaate on olennainen osa tasa-arvoista toimintaa.

Kysymys terveyden edistämisen ja erityisesti ennalta ehkäisevien palvelujen kohdentamisesta niille, joiden terveys ja voimavarat ovat heikommat, on ajankohtainen. Asiantuntijoiden mukaan haasteena oli heikommassa asemassa olevien ja heidän terveystarpeidensa tunnistaminen sekä palveluiden kehittäminen niitä vastaavaksi (taulukko 3.1). Säännöllisten, koko väestön ennalta ehkäisevien terveystarkastusten kuitenkin koettiin antavan mahdollisuuden yksilöiden tasapuoliseen kohtaamiseen. Asiantuntijat arvioivat, ettei hyväosaisemmankaan tuen tarvetta voinut ennustaa, koska muut tekijät vaikuttavat terveyteen terveyspalveluja enemmän. Tästä esimerkkinä voidaan pitää talouden ja työllisyyden äkillisiä muutoksia ja niiden vaikutuksia terveyteen. Voidaan tosin ehkä olettaa, että yksilö, jolla on voimavaroja ottaa vastuuta terveydestään, ottaa tarpeen mukaan itse yhteyttä terveydenhuoltoon. Vai voidaanko? Kysymykset tasa-arvoisuudesta terveyden edistämisessä ovat 2000-luvulla kytkeytyneet yhä enemmän sosioekonomisten tekijöiden määrittämään terveyden eriarvoisuuteen. Kun pyritään terveyserojen kaventamiseen ja heikommassa asemassa olevien terveyden lisäämiseen, on kuitenkin tunnistettava, ettei terveyspalvelujen tasa-arvoisuutta voi tarkastella tavanmukaisen ”kaikille tasapuolisesti” -periaatteen näkökulmasta (STM 2008).

Vastuullisuus

Haastatteluun osallistuneet asiantuntijat liittivät terveyttä edistävän työn vastuullisuuteen niin vastuun asiakkaasta ja hänen terveydestään, toiminnastaan ja työympäristöstään kuin kysymykset asiakkaalle kuuluvasta vastuusta. Päivittäiseen työhön liittyvistä ristiriitatilanteista huolimatta asiantuntijat kokivat, että etiikka ohjaa toimintaa. Tä-

mä tarkoitti usein juuri asiantuntijan vastuun korostumista: tilanteet on ratkaistava tavalla tai toisella.

Vastuulliseen toimintaan kuului huolehtia yksilön, yhteisön ja ympäristön turvallisuudesta. Esimerkiksi sairaanhoitajan työssä sairaalan turvallisuudesta huolehtimiseen kuntoutusosastolla kuului esteettömän ympäristön ja liikkumista tukevien apuvälineiden järjestäminen kuntoutujalle. Henkilökunnan vähyyden koettiin lisäävän turvallisuusriskejä osastolla. Ensihoitajan työssä turvallisuus puolestaan ilmeni asiakkaan turvallisuuden tunteen vahvistamisena ja potilaan terveyttä tukevien toimenpiteiden etenemisestä kertomisena. Toisaalta useisiin pelastus- ja ensiaputilanteisiin liittyi jo sinällään turvallisuusuhkia, jolloin korostui ensihoitajan vastuu niin potilaan, hoitajan itsensä, hänen työparinsa kuin muiden lähellä olevien ihmisten ja pelastustyöntekijöiden turvallisuudesta.

Asiakkaiden tukeminen vastuunottoon omasta terveydestään voi herättää asiakkaissa ristiriitaisiakin tunteita. Haastatteluun osallistunut lääkäri kaipasi terveyttä edistävään työhön työskentelykulttuuria, jossa entistä selvemmin määriteltäisiin niin asiakkaan kuin työntekijän osuus terveyden edistämisen vastuusta. Samalla hän kuitenkin arvioi, että asiakkaan vastuun selkeä määrittäminen saatettaisiin kokea väärällä tavalla, kuten pakottamiseksi tai hylkäämiseksi. Myös röntgenhoitaja pohti vastuun monia ulottuvuuksia. Hänen mukaansa hoitajalla oli vastuu asiakkaasta mutta myös omasta toiminnastaan. Vastuuseen sisältyivät niin asiakkaan turvallisuudesta ja palvelun jatkuvuudesta huolehtiminen kuin puuttuminen tutkimustilanteessa havaittuihin ongelmiin (esimerkiksi iho-ongelmat). Asiakkaan vastuu oli kuitenkin keskeinen siinä, miten hän toimi röntgenhoitajalta saamiensa ohjeiden mukaan.

Lopuksi

Asiantuntijoiden pohdinnat eettisestä perustasta osoittivat sen, kuinka moniulotteisista näkökohdista päivittäisessä työssä on kyse. Eettistä toimintaa koskevia kysymyksiä on enemmän kuin vastauksia. Pohdittavaksi jääkin, voidaanko eettistä toimintaa oppia. Mittelmarkin (2007) mukaan koulutuksen aikana opitulla etiikalla ja valmiuksilla kohdata terveyden edistämisen eettisiä ilmiöitä on merkitystä. Eettis-

ten näkökohtien tunnistamisen perusta opitaan kuitenkin jo lapsuudessa, mitä myös haastatellut asiantuntijat toivat esille. Myös kysymys siitä, voiko etiikkaa opettaa, on esillä usein. Ammatillisessa koulutuksessa valmiudet arkipäivän eettisten ongelmien pohdintaan kehittyvät yhteisen dialogin avulla ja parhaimmillaan aidossa monialaisessa yhteistyössä. On tärkeää tunnistaa, ettei etiikassa ole valmiita vastauksia vaan olennaista on etsiä vastausta monimuotoisiin, aina yhteiskunnan muutosten myötä vaihtuviin kysymyksiin (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008). Bernheim ja Melnick (2008) korostavat, että etiikan pohdinta on tärkeää olla osana jokapäiväistä työtä.

Saarnin ja kollegoiden (2008) mukaan eettisten ongelmien kokeminen vaatii sekä eettisesti ongelmallisia tilanteita että eettistä herkkyyttä. Eettinen herkkyys on terveydenhuollon asiantuntijoiden teoreettisesti positiivinen piirre, jota tarvitaan tunnistamaan eettisesti ongelmallisia asioita. Syventävä eettinen pohdinta (advanced ethical reasoning) voi auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ratkaisemaan eettistä epävarmuutta tai elämään eettisten ongelmien kanssa. Saarni kollegoineen toteaa myös: ”Jos eettisiä ongelmia ei koeta olevan työssä, voi se viestiä siitä, ettei terveydenhuollossa ole eettisiä ongelmia, eettisen herkkyyden puutteesta tai ammatillisuudesta luopumisesta.” (Saarni ym. 2008.) Merkityksellistä onkin, että jokainen terveysalalla toimiva kyseenalaistaa ja reflektoi omia käytäntöjään, jotta jokaisen asiakkaan ihmisarvo, vapaus ja autonomia toteutuisivat (Milton 2009). Eettisten ongelmien tunnistamista seuraa ymmärrys niistä keinoista, joilla ongelmia voisi ratkaista, ja yhä tärkeämpänä myös siitä, kuinka niitä voisi ehkäistä (Parker ym. 2007). On tärkeää, että keskustelua pidetään yllä.

Oheiskirjallisuutta

Bernheim RG, Melnick A. 2008. Principled Leadership in Public Health: Integrating Ethics Into Practice and Management. Journal of Public Health Management Practice 14(4), 358–366.

Chen F. 2008. A Fine Line to walk: Case Managers Perspectives on Sharing Information with Families. Qualitative Health Research 18(11), 1556–1565.

Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström UÅ, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2008. Hoitotiede. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

ETENE. 2001. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

ETENE. 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Hallamaa J. 2008. Kuuluuko ihmisen ääni terveydenhuollossa? Teoksessa: Miten käy maan hiljaisten? ETENE:n 10-vuotisseminaari. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Lindström B, Eriksson M. 2008. Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. Suomen Lääkärilehti 6, 517–519.

Louhiala P (toim.). 2008. Keskustelu autonomiasta. Suomen Lääkärilehti 63(10), 978–979.

Länsimies E. 2008. Omat terveysvalinnat ja etiikka. Teoksessa A-M Pietilä, H Länsimies-Antikainen (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Milton CL. 2009. Accountability in Nursing: Reflecting on Ethical Codes and Professional Standards of Nursing Practice from a global perspective. Nursing Science Quarterly 21, 300–303.

Mittelmark MB. 2007. Setting an ethical agenda for health promotion. Health Promotion International 23(1), 78–85.

Paunio R-L. 2008. Heikot ja hiljaiset terveydenhuollossa – toteutuuko ihmisarvo, entä oikeudenmukaisuus? Teoksessa Miten käy maan hiljaisten? ETENE:n 10-vuotisseminaari. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Parker P, Gould T, Fleming ML. 2007. Ethics in health promotion – reflections in practice. Health Promotion Journal of Australia 18(1), 69–72.

Pelkonen R. 2008. Hippokrates ja maan hiljaiset. Teoksessa Miten käy maan hiljaisten? ETENE:n 10-vuotisseminaari. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H. 2008. Etiikka: jatkuvasti uusiutuvat kysymykset. Teoksessa A-M Pietilä, H Länsimies-Antikainen (toim.). Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Pursiainen T. 2008. Kuka määrää ihmisen hyvän: ihminen itse vai ulkopuolinen? Teoksessa ETENE. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Redman BK. 2008. When is Patient Education Unethical? Nursing Ethics 15(6), 813–820.
Rogers WA. 2004. Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. Journal of Epidemiology and Community Health 58, 446–450.
STM. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki.
Wadensten B, Wenneberg S, Silén M, Tang PF, Ahlström G. 2008. A Cross-Cultural Comparison of Nurses`Ethical Concerns. Nursing Ethics 15(6), 745–760.

3.3
Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen

Anna-Maija Pietilä, Arja Halkoaho ja Mari Matveinen

Työyhteisöissä tarvitaan yhteistä näkemystä terveyden edistämisestä, sen merkityksestä ja sitoutumisesta yhteisesti sovittuihin käytäntöihin ja toimintatapoihin. Haastateltujen asiantuntijoiden kuvauksissa ilmenivät merkittävinä myös työn päämäärän tunnistaminen motivaation lähteenä, moniammatillinen yhteistyö sekä oman ja kollegoiden osaamisen arvostaminen ja vahvistaminen. Nämä kaikki olivat keskeisiä terveyttä edistävän toiminnan mahdollistajia. Asiantuntijoiden kuvauksissa terveyttä edistävän työn kehittämisestä ja suuntautumisesta tulevaan tulivat esille seuraavat asiat: yksilön vastuunotto omasta terveydestään, asiakkaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen huomioiminen, yhteisöllisen näkökulman ja ennalta ehkäisevän työotteen vahvistaminen sekä toimintatapojen ja käytäntöjen kehittäminen.

”Terveyden edistäminen työn päämääränä on motivaation lähde”

> ”On tärkeää olla innostunut tekemästään työstä. Innostuminen tulee hyvin sujuvasta vuorovaikutuksesta ja siitä, kun saan huomata, että asiakas lähtee vastaanotolta hyvillä mielin. Itsellekin tulee hyvä olo, että asia on hoidettu ja asiakkaan hyvinvointi voi lisääntyä. Lisäksi innostuminen tulee siitä, kun tapaan hänet uudelleen ja huomaan, että hän on ottanut hyviä, terveyttä edistäviä menetelmiä käyttöön, pohtinut omia arvojaan, muuttanut elämäntapojaan ja terveys ja hyvinvointi ovat lisääntyneet.”

Onnistumisen kokemukset, esimerkiksi suoriutuminen arkipäivän tehtävistä ja vuorovaikutustilanteista, olivat merkittävä motivaation lähde haastateltujen asiantuntijoiden työssä. Työn tulosten havaitseminen, kuten myönteiset muutokset asiakkaan terveyskäyttäytymisessä, edistivät työn mielekkyyttä. Tämä tuki työssä jaksamista, johon olivat yhteydessä myös elämänkokemus sekä henkilökohtainen asenne elämää ja työtä kohtaan. Tärkeitä olivat myös luottamuksellisuus työyhteisössä ja itsenäinen päätöksentekomahdollisuus. Haastateltavat arvostivat omaa rauhaa, tilaa, luovuutta ja vuorovaikutusta asiakkaan kanssa.

Työyhteisön yhteinen näkemys terveyden edistämisen merkityksestä sekä työn tavoitteesta ja toimintatavoista mahdollisti sitoutumisen yhteisesti sovittuihin käytäntöihin ja toimintatapoihin. Yksi asiantuntijoista kuvasi: ”Minusta terveyttä edistävän työn tekemistä mahdollistavat ilmapiiri tuolla meillä töissä ja yhteinen näkemys siitä, että ollaan tekemässä tärkeää työtä. Meillä on yhdessä tekemisen meininki ja kaikki kokevat työn arvokkaaksi.” Asiantuntijat korostivat esimiehen tärkeää roolia, johon kuului henkilökunnan tukeminen terveyden edistämistä koskevaan keskusteluun osallistumiseen ja päätöksentekoon. Tällainen osallistaminen edisti myös kokemusta kuulluksi tulemisesta ja muutoksiin sitoutumista.

Terveyttä edistävän työn merkityksellisyyttä lisäsi erilaisten näkökulmien tunnistaminen omassa työssä. Asiaa havainnollistaa sairaanhoitajan kuvaus: ”Ja sitä kautta, kun oppii omassa työssä näkemään erilaisia asioita, tulee se oman työn arvostaminen. Olen yrittänyt opiskeli-

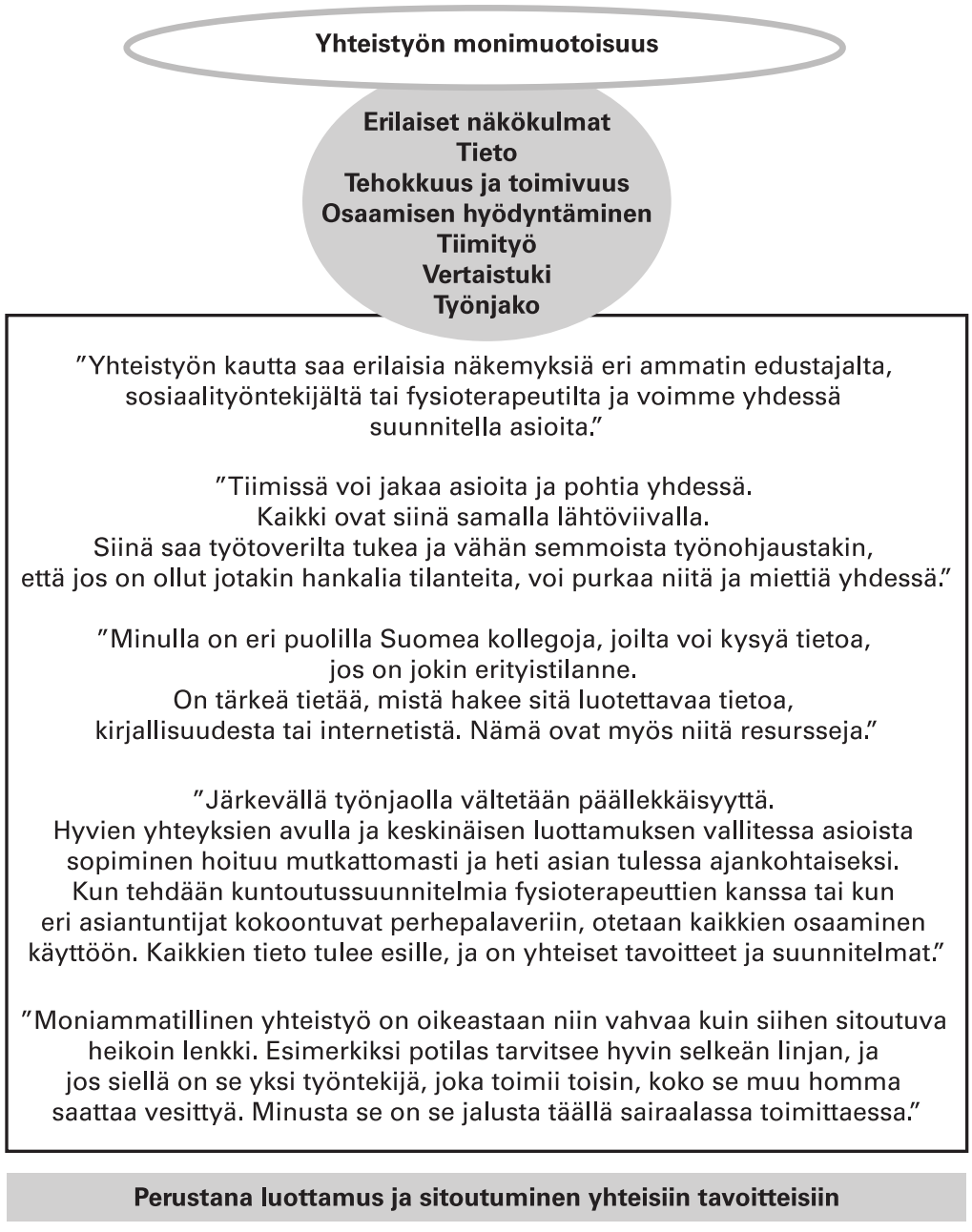
joillekin tuoda, että onhan tässä paljon näitä erityisosaamisalueita. Ajatellaan ehkä, että työ perusterveydenhuollossa vanhusten parissa ei ole kiinnostavaa. Mutta täälläkin vaaditaan tiettyä erityisosaamista." Arvostuksen saamisessa terveyttä edistävälle työlle tarvittiin myös työntekijän aktiivisuutta. Oli tuotava esille omaa työtä ja korostettava sen mahdollisuuksia terveyden edistämisessä. Esimerkiksi fysioterapeutin mukaan fysioterapian luonne ja tehtävät ovat muuttuneet hoitopainotteisesta työstä ehkäisevään ja asiakkaan omahoitoa tukevaan työhön. Tämä muutos ja arvostuksen saaminen olivat vaatineet ja vaativat edelleenkin asiantuntijoiden omaa vastuuta työn esille tuomisessa.

Henkilöstön työssä jaksaminen ja sen tukeminen on yksi terveyttä edistävän työn edellytyksistä. On jokaisen oikeus toimia terveyttä tukevassa työyhteisössä, mutta jokaisen on myös osaltaan huolehdittava niin omastaan kuin työyhteisönsä hyvinvoinnista.

> "Jokainen on vastuussa oman terveytensä edistämisestä. Itse olet vastuussa omasta liikkumisestasi, yleiskuntosi ylläpitämisestä ja sosiaalisista suhteistasi. Mutta jos ne kaikki ovat kunnossa, se tuo työpaikalle hyvinvointia. Ne kulkevat rinnakkain."

Moniammatillinen yhteistyö ja osaaminen terveyttä edistävässä työssä

Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa terveyden edistämisen laaja-alaisten tavoitteiden toteutumista työyhteisöissä. Haastateltavat asiantuntijat pohtivat moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä ja toteutumista, jonka perustana olivat luottamus ja sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin. Asiantuntijat kuvasivat yhteistyön monimuotoisuutta, johon kuuluivat erilaisten näkemysten huomioon ottaminen, tiimityö, kollegojen tuki ja työn suunnittelu. Yhteistyötä luonnehtivat myös sekä oman organisaation sisäinen että eri organisaatioiden ja toimialojen välinen yhteistyö ja asiantuntijoiden keskinäinen konsultointi (kuva 3.1).



Kuva 3.1 Yhteistyön monimuotoisuus terveyttä edistävässä työssä.

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuivat myös yhteistyöosaaminen sekä työn hallinta ja kehittäminen. Ensihoitajan työssä tarvittiin hyviä yhteistyö- ja organisointitaitoja tilanteissa, joissa päätöksiä on tehtävä nopeasti. Ensihoitaja kuvasi työhönsä kuuluvaa organisointivastuuta ja -haasteita seuraavasti: ”Kun ihminen on äkillisesti sairastunut ja on terveydentilasta kysymys, niin me ensihoitajathan menemme ensimmäisenä paikalle. Silloin me olemme niitä organisoijia. Joskus joudumme kertomaan muille, miten he voivat meitä auttaa siinä

tilanteessa. Se on haasteellista.” Kyky organisoida vaati ensihoitajien mielestä kokemusta ja luottamusta omaan osaamiseen.

Työn hallinta tuki päivittäisestä työstä selviytymistä, johon entistä suuremmat asiakasmäärät ja työtehtävien lisääntyminen ovat tuoneet haasteita. Toisaalta asiantuntijat myös pohtivat omaa, ehkä ”liiankin tunnollista” toimintatapaansa ja sen aiheuttamaa työn hallinnan vaikeutta. Oman työn rajaaminen ja työtehtävien jakaminen oli heidän näkemyksissään myös työtovereiden osaamisen arvostamista ja myös siksi tärkeää. Tätä luonnehtii terveydenhoitajan kuvaus: ”Kyllä minun pitää itse opetella myös työn rajaamista. Ehkä se on myös sitä, että osaa jättää muillekin jotakin.” Työn rajaamisen onnistumisen edellytyksiä olivat omien toimintatapojen tarkastelu, osaamisalueiden tunnistaminen sekä tieto toisen ammattilaisen työnkuvasta, osaamisesta ja käytettävissä olevista voimavaroista. Ensihoitaja kuvasi osaamistaan suhteessa toisen ammattilaisen osaamiseen seuraavasti: ”Huomaan vuosi vuodelta tulevani aina vain nöyremmäksi. Aina on opittavaa toisilta. Me olemme myös parempia toimimaan, kun olemme tietoisempia muiden toimintatavoista. Tietämällä toisen resurssit voi saada todella arvokasta apua. Se on sitä rajaamista.”

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ei liittynyt ainoastaan rahallisiin resursseihin, vaan kyse oli myös johdon ja työntekijöiden tahdosta yhteistyön kehittämiseen. Ensihoitajan työssä toimittiin yhteistyössä useiden pelastusviranomaisten kanssa. Yhteistyön sujumiseksi tarvittiin tiedonkulun parantamista ja hyvien käytäntöjen jakamista, yhteisten linjojen ja sääntöjen löytämistä sekä toisen ammattilaisen kunnioittamista. Asiantuntijat pohtivat myös mahdollisuutta perehtyä oman ammattiryhmänsä erilaisiin työtehtäviin terveydenhuollon toimintaympäristöissä, joissa mahdollisuudet olivat moninaiset.

Oman osaamisen arviointi ja jatkuva osaamisen kehittäminen ovat tärkeitä terveyttä edistävässä työssä. Asiantuntijat kertoivat, että he arvostivat omaa osaamistaan ja tunsivat siitä varmuutta. Kaikessa ei kuitenkaan tarvinnut olla huippuosaaja. Osaamiseen liitettiin työn hallinta, vahvuus vuorovaikutustaidoissa, itsenäinen päätöksentekokyky ja työvuosien tuoma kokemus. Osaamisen kehittäminen oli luonnollinen osa työtä. Työntekijän kokemiin kehittämistarpeisiin vastattiin mahdollistamalla osallistuminen täydennys- ja jatkokoulutukseen sekä erilaisiin työ- ja kehittämisryhmiin niin omassa työyksikössä, organisaatiossa kuin organisaation ulkopuolellakin. Tässä esi-

mieheltä saatu tuki oli tärkeää. Koulutus ja tiedonhankinta merkitsivät tietojen päivittämistä ja ajan tasalla pysymistä, mutta ne mahdollistivat myös työssä etenemisen. Mahdollisuus toimia erilaisissa työryhmissä ja esimiestehtävissä oli työntekijän näkökulmasta hänen osaamisensa arvostamista. Toimintaterapeutti kuvasi työryhmätyöskentelyn mahdollistavan oman työn tarkastelun eri näkökulmista. Osallistuminen terveyttä edistävän työn kehittämiseen moniammatillisessa yhteistyössä on myös oman osaamisen kehittämistä: ”Osa koulutuksista on lakisääteisiä, mutta itsekin voi miettiä, mitä minä nyt tarvitsisin. Lisäksi voi hakeutua mukaan erilaisiin projekteihin ja työryhmiin. Terveyttä edistävää työtä voi päästä tarkastelemaan eri tasolta.”

Haastatellut korostivat, että työntekijällä itsellään on suuri vastuu osaamisensa kehittämisestä: ”Meillä tulisi olla mahdollisuus ja jaksamista itsekin pysähtyä niiden asioiden äärelle. Minun on myös itse etsittävä tietoa ja pohdittava asioita, olipa kyseessä ravinto tai alkoholin käyttö tai mikä tahansa.” Koulutuksen myötä saadut uudet näkökulmat työhön ja mahdollisuus tarkastella toimintatapoja tukivat työn kehittämistä: ”Koulutuksen myötä itse kukin voisi katsoa peiliin ja tarkastella, mitkä ovat omat toimintatavat ja mitä kenties kannattaisi muuttaa. Se vaatisi sen, että jollakin keinoilla saataisiin silmät auki.”

Ammattihenkilöt kuvasivat osaamisen kehittämisessä myös näkökohtia, jotka liittyivät palautteen saamiseen, vertaisoppimiseen ja yhteydenpitoon kollegoihin. Palautteen saaminen tehdystä työstä oli tärkeää. Esimerkiksi ensihoitajalle tieto siitä, miten potilas oli selviytynyt, auttoi häntä tarkastelemaan omaa toimintaansa: ”Saadun palautteen kautta voi miettiä, voisiko vastaavissa tilanteissa tehdä jotakin tavalla, joka tukisi potilaan terveyttä vieläkin enemmän.” Ensihoitajan mukaan palauteketjuja niin oman työyksikön sisällä kuin yhteistyötahojen välilläkin tulisi vahvistaa ja kehittää juuri ammatillisen osaamisen kannalta. Ajateltiin, että toisen saman alan ammattilaisen työn seuraaminen antaa mahdollisuuksia tarkastella myös omaa työtä ja vakiintuneita toimintatapoja ja siten tukee osaamisen kehittymistä. Yhtä lailla tärkeäksi katsottiin samassa yksikössä työskentelevien eri alan asiantuntijoiden työn seuraaminen. Suuhygienisti kuvaa: ”Vertaistukea ja vertaisoppimista tarvitsisin ehdottomasti, koska työtä tehdään yksin. Haluaisin välillä päästä myös kuuntelemaan ja katsomaan, mitä

hammaslääkärit tekevät. Heiltä saan myös tietoa, jota voin hyödyntää omassa työssäni." Osaamista tuki myös aktiivinen yhteydenpito kollegoihin: "Paljon auttaa, että on kollegoiden kanssa aktiivisesti yhteydessä. Se on uskomaton voimavara. Ideat syntyvät keskustellen, ja toinen tuo aina erilaisia näkökulmia. Se on sellaista tiedonvaihtoa." Lisäksi terveyttä edistävän työn osaamista tuettiin työnohjauksella ja työkierrolla.

Suuntautuminen tulevaan: terveyttä edistävän työn kehittäminen

Huomioidaan asiakas yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti

Terveyden edistämisessä tulisi entistä paremmin huomioida asiakas yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Kuten aiemmissa luvuissa on kuvattu, tarvitaan osaamista, halua ja aikaa huomioida asiakkaan yksilölliset tarpeet sekä taitoa pysähtyä asiakkaan esille tuoman huolen edessä. Tarvitaan siis asiakkaan todellista kuulemista. Terveydenedistämisosaamisessa korostuu vuorovaikutustaitojen merkitys. Keskustelutaidot, niissä harjaantuminen ja taitojen syventäminen ovat merkittävä osa terveydenhuollon asiantuntijoiden osaamista. Asiakkaan ohjauksen ja motivoinnin olennainen lähtökohta ovat hänen yksilölliset käytettävissä olevat voimavaransa. Olennaista on, että asiakas osallistetaan ja sitoutetaan terveyttä edistävään ja ylläpitävään toimintaan.

Kosusen (2007) mukaan voimavaraistavissa työmenetelmissä keskeistä on työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Ihmistä, joka on jo motivoitunut käyttäytymisensä muuttamiseen, tuetaan ja kannustetaan eteenpäin. Tähän tarvitaan selkeitä työkaluja, joiden avulla kuljetetaan keskustelua, autetaan asiakasta näkemään mahdollisuutensa ja vahvistetaan motivaatiota muutokseen. Näitä työkaluja on kehitetty lukuisia eri tilanteisiin, mutta niiden käyttöönottoa tulee tukea entistä enemmän. Voimavaraistavien työmenetelmien käyttöönotto vaatii koulutusta, harjaantumista sekä jatkuvaa itsearviointia ja palautetta (vrt. Poskiparta ym. 2001, Sirviö 2006).

Huomioidaan yhteisöt terveyden edistämisen voimavarana

Yhteisöjen merkitys terveyden edistämisen voimavarana korostuu terveydenhuollon eri toimintakentillä, kuten vanhustenhuollossa, lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Koska terveyden edistäminen on yhteinen asia, työntekijöiltä edellytetään keinoja vahvistaa koko yhteisöä ja pitää vastuun ja välittämisen ajatusta yllä. Haastatellut asiantuntijat esittivät huolensa muun muassa ikääntyneille tarkoitettujen ryhmätoimintojen vähenemisestä perusterveydenhuollossa, koska ryhmätoiminnalla on tunnetusti merkitystä ikääntyneiden elämänlaadun edistämisessä. Yhteisöllisyyden lisääminen tarkoittaa toisaalta myös sitä, että terveydenhuollon toimijoilta vaaditaan aktiivista yhteistyön vahvistamista muiden toimijoiden (mm. järjestöt, yhdistykset) kanssa ja vastuunottoa kehittämistyön eteenpäin viemiseksi. Kosunen (2007) korostaakin, että menestyksellinen terveyden edistäminen edellyttää potilaskohtaisten menetelmien ohella yhteisöllisten menetelmien käyttöä.

Omaisten ohjauksen kehittäminen oli myös keskeinen kehittämiskohde. Sairaanhoitaja kuvasi ohjauksen kehittämistä seuraavasti: ”Kun omaisille kerrotaan, että äidillä tai isällä on Alzheimerin tauti, tarvitaan ohjausta ja neuvontaa. Meillä olisi parantamisen varaa siinä, että ohjaisimme omaisia toimimaan kuntouttavasti. Ihan niin kuin pienten lasten hoidossa tehdään, omaiset voisivat entistä vahvemmin olla mukana vanhusten hoidossa. Vaikka ne ovat kaksi aivan eri asiaa, ehkä voitaisiin järjestää vanhempainiltojen tyyppisiä omaisten iltoja. Niin omaisetkin saisivat vertaistukea toisiltaan.” Tavoitteena on, että omaiset osaisivat tukea läheisensä omatoimisuutta hänen terveyttään edistävällä tavalla. Tarvitaan työmenetelmiä, kuinka ohjata omaista, mutta myös sitouttaa heitä läheisensä terveyttä edistävään tukemiseen.

Ohjauksen kehittäminen koettiin tärkeäksi myös siksi, että tulevaisuudessa omaisten rooli on yhä tärkeämpi. Toimintaterapeutti kuvaa ”Ei tehdä puolesta, vaan autetaan esimerkiksi pukeutumisessa. Pohditaan myös, voiko omaisille antaa jotakin tehtävää, jotakin harjoitusta, jota he voivat tehdä potilaan kanssa, tai voiko omainen käyttää potilasta kotona ja olla siten osallisena potilaan tukemisessa ja hoidossa. Terveyttä edistävän työn ja vastuun jakamista omaisille joutuu tulevaisuudessa käyttämään vielä enemmän.”

Vahvistetaan ehkäisevää työotetta

Terveyttä edistävässä työssä tarvitaan entistä enemmän taitoa ja rohkeutta puheeksi ottoon ja varhaiseen puuttumiseen. Tämä on huomioitava esimerkiksi silloin, kun suunnitellaan henkilöstön täydennyskoulutusta. Asiantuntijat kokivat, että ehkäisevän työn osaaminen vahvistuu paitsi työkokemuksen ja työvuosien myös määrätietoisen koulutuksen avulla. Myös työn arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Ehkäisevän työn vaikuttavuuden osoittaminen on haaste. Miten osoitetaan, että se lisää terveyttä ja hyvinvointia? Koelen kollegoineen (2008) korostaa, että on tärkeä osoittaa myös lyhyen aikavälin tuloksia, sillä ne motivoivat asiakkaita ja työntekijöitä. Kun tunnistetaan lyhyen aikavälin tuloksia, terveyden edistämistä ja terveyttä edistävää työtä tehdään näkyväksi. (Ks. myös Naaldenberg ym. 2009.)

Asiantuntijoiden pohdinnassa tulivat esille myös terveydenhuollon priorisointikysymykset, jotka liittyivät terveyttä edistävän työn kohdentamiseen ja yksittäisen ammattilaisen työn järkevöittämiseen. Resurssien rajallisuus, väestön ikääntyminen ja yksilöiden moninaiset terveystarpeet vaativat terveyden edistämistyön priorisointia niin yhteiskunta-, yhteisö- kuin yksilötasollakin. Lääkäri kuvaa asiaa seuraavasti: ”Uskon, että paljon olisi priorisoitavissa ja korjattavissa joka tasolla. Muuten ei taloudellisesti pärjätä. Meidän tulisi osata jättää turhat käynnit ja kontrollit pois. Myös ihmisten kanssa pitäisi vuorovaikutus saada tässä toimimaan ja keskustella siitä, mikä on järkevää toimintaa.”

Tarvitaan keskustelua siitä, mitä terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ terveydenhuollon eri toimintakentillä ja tehtävissä ovat ja miten ne konkretisoituvat arjessa. Tällä on merkitystä myös päätöksenteossa ja terveydenhuollon resurssien suuntaamisessa vaikuttavaan ehkäisevään työhön ja terveyden edistämiseen. Terveydenhoitaja kuvaa asiaa seuraavasti: ”Itsekin olen terveydenhoitajana vastuussa siitä, että puhuisimme siitä, mitä se meidän työmme on ja missä terveyden edistämisen rajat ovat. Meidän näkymämme on erilainen kuin jossakin muussa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa. Me terveydenhoitajat teemme selkeästi ehkäisevää ja terveyttä edistävää työtä, kun taas jossakin muualla suurin osa sitä työtä, minkä joku pitää ehkäisevänä tai terveyden edistämisenä, on jo tavallaan korjaavaa työtä.” Tunnistetaan, että terveyden edistämisen tehtäväkenttä on ristiriitaisessa tilan-

teessa. Toisaalta korostetaan sitä, että ilman tehokasta ehkäisevää työtä ei selvitä tulevaisuuden haasteista, mutta toisaalta todetaan, ettei nykyisessä taloudellisessa tilanteessa ole mahdollista suunnata lisää resursseja terveyden edistämiseen. (Kosunen 2007.)

Arvioidaan omia toimintatapoja

Terveyttä edistävän työn toimintatapojen uudistamisessa ja käytäntöjen kehittämisessä tarvitaan valmiutta asiantuntijoiden henkilökohtaisten ja työyhteisön toimintatapojen tarkasteluun (vrt. Tossavainen ym. 2004, Turunen ym. 2006). Myös oman työn arvostaminen on tärkeää. Työn kehittämisessä tulisi hyödyntää asiantuntijoilla jo olevaa osaamista. Kehittämistyössä ei aina ole kysymys vain uuden luomisesta, vaan olennaista on myös vahvistaa jo hyväksi todettuja rakenteita ja käytäntöjä. Lääkärin mukaan tämän unohtaminen ja jatkuva uuden hakeminen voi olla uhkana jopa terveydenhuollon perustoiminnoille, etenkin kun henkilöstövoimavarat useassa organisaatiossa ovat rajalliset: ”Meillä Suomessa on hyväksi todettu neuvolajärjestelmä, hyvin toimiva äitiyshuolto ja koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, jota parhaillaan jo tehostetaankin. Mielestäni näitä perinteisiä rakenteita vahvistamalla ja henkilöstön osaamista lisäämällä me luultavasti saisimme parempaa vaikuttavuutta kuin hakemalla uudentyyppisiä koalitioita tämän ympärille.” Lisäksi ennen uusien terveyden edistämisen työmenetelmien ja toimintamallien paikallista käyttöönottamista tulisi hankkia tietoa niiden vaikuttavuudesta ja perehtyä huolellisesti jo muualla aiemmin saatuihin kokemuksiin. Asiantuntijoiden näkemyksiä terveyden edistämisen tulevaisuudesta on koottu taulukkoon 1. Onkin tärkeää pohtia, mihin terveyden edistämisessä sitoudutaan ja millaista tulevaisuutta sen avulla rakennetaan.

Jokaisen terveyden edistämisen asiantuntijan on tärkeää arvioida ja pohtia, mihin suuntaan terveyden edistämisen tavoitteita tulisi kehittää ja mitä se hänen omassa työssä merkitsee (vrt. Rimpelä 2007). Suomen syöpäyhdistyksen pääsihteeri, lääketieteen tohtori Harri Vertio on todennut, että painopistettä tulisi siirtää elintapojen muuttamisesta kohti arjessa selviytymistä. Fyysisen ympäristön terveyshaittojen rinnalle on olennaista nostaa sosiaalisen vahingollisuuden vähentäminen. Lisäksi on tärkeää pitää yllä luottamusta huolenpidon kestävyydestä. Tiedetään, että tuottavuutta on aiheellista parantaa, mutta sen rinnalla on huolehdittava inhimillisyyden arvon säilyttämisestä, erityisesti terveydenhuollossa. (Vertio 2008.)

Taulukko 3.2 Näkemyksiä tulevaan – asiantuntijoiden näkemyksiä terveyden edistämisen kehittämisestä

Kehittämiskohteita	Asiantuntijoiden kuvauksia
Huomioidaan asiakas yksilöllisesti ja kokonais-valtaisesti	”Meidän työhön kuuluu myös paljon muuta kuin ne niin sanotut perustehtävät. Jotta hoitaisimme työmme hyvin, minun mielestäni meidän tulisi hieman näitä perustehtäviä laajentaa. Lastenneuvolan tulisi olla koko perheen neuvola. Ajattelen, että ei hyödytä vain lasta tutkia ja miettiä, miksei se kasva tai muuta, jos meillä ei ole mahdollisuuksia huomioida, miten vanhemmat jaksavat ja miten he kuulevat lastansa, ja tukea sitten vanhempia. Toki ei minulla ole psykiatrisen sairaanhoitajan ammattitaitoa, mutta ammattitaitoon kuuluu myös se, että osaa ohjata ihmisen oikeaan paikkaan. Mutta aikaa sen tutkimiseen, mikä se paikka on tälle perheelle ja mitä tämä perhe oikeastaan tarvitsee, pitäisi olla enemmän.” ”Meidän pitäisi ehkä enemmän olla trainereita, jolloin ihmiset saisivat itse tehdä valintoja ja ehkä motivoituvatkin paremmin. On iso haaste löytää ne ihmisten omat, yksilölliset resurssit ja ottaa ne oikealla tavalla käyttöön. Pitäisiköhän meidän myös ymmärtää esittää erityyppisiä ja entistä konkreettisempia vaihtoehtoja ihmisille enemmän heidän omista lähtökohdistaan käsin, että he itse pystyisivät olemaan mukana?” ”Kyllä mä koen itseni vahvaksi ammattilaiseksi. Tiedän omat huonot puoleni tai ainakin osan niistä. Mietin, että mun on ollut opeteltava kuuntelemista ja opettelen sitä edelleen. Mulla on niin paljon omasta mielestä tärkeää, hyvää asiaa asiakkaille, että ihan oikeasti pitää välillä pysähtyä ja miettiä, että nyt mä kuuntelen, mitä asiaa sillä asiakkaalla on ja mitä hän tarvitsee.”
Huomioidaan yhteisöt terveyden edistämisen voimavarana	”Enemmän meidän tulisi ottaa semmoista terveyskonsultin roolia. Jokaisen yksilön kohdalla tulisi miettiä, mikä tukisi hänen arjessa selviytymistään. Terveydenhuollon asiakkailla on paljon terveyshaasteita. Esimerkiksi lapsiperheet ovat aika tiukilla, ja suojaverkostoja heillä on vähän. Sitten tulee toisessa ääripäässä vanhusten yksinäisyys. Ehkä tässä pitäisi olla enemmän semmoinen yhteisöllinenkin näkemys. Me kun näemme näitä terveysasioita aika paljon yksilön asioina. Pitäisiköhän esimerkiksi mielenterveyden tukemisessa enempi ottaakin näitä yhteisöjä siihen mukaan? Yritettäisiinkin näissä perheissä, suvussa tai muussa sidosryhmässä jotenkin pitää sellaista vastuun ja välittämisen ajatusta yllä.” ”Yhteisöllinen näkemys on meillä vielä aika heikko. Kyllä se tuolla maalla tulee paremmin esille, mutta isommissa asutuskeskuksissa me emme yhteisödiagnoosi-käsitteeseen ole vielä päässeet. Olisi hyvä, jos pääsisi jotenkin alueellisesti asioita hoitamaan ja nimenomaan ottamaan siihen sitä ennalta ehkäisevää näkökulmaa mukaan.” ”Yksinäisyyshän on suuri ongelma, ja iäkkäillä potilailla on paljon depressiota. Jos avopuolen kuntoutusryhmiä ja päiväryhmiä meinataan lakkauttaa, se on tosi harmi, koska ryhmät ovat tärkeä mielenterveyden ylläpitäjä ja sellainen vertaisryhmä, joka tukee sosiaalista yhdessä oloa ja helpottaa yksinäisyyden tunnetta. Se varmasti myös näkyy sitten taas täällä sairaalassa, kun se on sieltä avopuolelta pois.”

Vahvistetaan ehkäisevää työotetta	”Meillä on paljon tutkimusten tuottamaa tietoa, että terveyttä pitäisi pystyä edistämään, jotta voisimme selvitä tästä jatkossa. Sehän esimerkiksi vanhusten kohdalla tarkoittaa omatoimisuuden säilyttämistä. Ennakoivaa työotetta tuleekin vahvistaa kehittämällä osaamista, että jo varhaisessa vaiheessa tunnistettaisiin tilanteita ja asioita, joihin olisi mahdollista vaikuttaa. Nämä ovat koulutuksellisia asioita.” ”Meidän tulisi varmasti miettiä, mitkä olisivat niitä keinoja, että se lääkärikin voi siitä ennalta ehkäisevästä työstä selkeästi ottaa oman osansa. Ehkä siinä pitäisi ottaa huomioon ne lääkärin käytössä olevat työvälineet ja lähteä sitä kautta kehittämään.” ”Työn kuva on muuttunut ennalta ehkäisevään suuntaan, ja on huomattu, ettei ole enää se passiivinen hoito. Kun ajatellaan resursseja ja rahaa, on siinä myös hyvä puoli, sillä on mietittävä, mikä on oleellista ihmisten terveyden edistämisen kannalta. Jotakin hyvää vähistä rahoista on: ei pistetä menemään miettimättä. Sitä vaikuttavuutta pitää saada siihen työhön. Se on kaiken a ja o kuitenkin.”
Arvioidaan omia toimintatapoja	”Meidän tulisi pysähtyä miettimään omia toimintatapojamme yhdessä, vaikkapa osastopalaverissa: miettiä, mitkä tässä meidän koko tutkimusprosessissa ja toimintaketjuissa olisivat niitä parempia, hyviä vaihtoehtoja. Sama koskee ihan yksittäisiä röntgenkuvia ja projektioitakin. Niitäkin voi tarkastella ja miettiä yhdessä, olisiko jotakin, mitä voisi parantaa ja miten ne antaisivat meille entistä enemmän tietoa.” ”Olen ylpeä siitä, että terveyssisaret ja nyt terveydenhoitajat ovat aikanaan huolehtineet rokotuksista osana perustehtäväänsä. Huomaan kuitenkin, että terveydenhoitajatkaan eivät näitä työtehtäviä kovin helposti antaisi pois. Meidän tulee kuitenkin arvottaa omaa työtä, ja sieltä mun mielestä lähtee sitten se, mitä me voidaan antaa niille meidän asiakkaille. Silloin me myös pidetään omaa työtä tärkeänä.”

➠ Tehtäviä

1. Pohtikaa ryhmässä itsemääräämisen toteutumista asiakkaan kohtaamistilanteessa.
2. Pohdi, mitä terveyden edistäminen on omassa työssäsi.
3. Miten voit vahvistaa ennalta ehkäisevää työotetta omassa työssäsi?
4. Tutustu ajankohtaisiin terveyspoliittisiin linjauksiin. Miten ne näkyvät työyhteisösi toimintalinjauksissa ja tavoitteissa?
5. Ideoikaa ryhmässä, miten terveyttä edistävä työote vahvistuu työssäsi. Miettikää ajanjaksoa 10 vuotta eteenpäin.
6. Mitä on aito moniammatillinen yhteistyö terveyttä edistävässä toiminnassa? Kuvatkaa tätä esimerkkien avulla.

Oheiskirjallisuutta

Kannas L (toim.) 2004. Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus. Julkaisuja 2.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1, Helsinki.

Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. 2008. What is needed for coordinated action for health? Family Practice 25, i25–i31.

Kosunen E. 2007. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. Suomen Lääkärilehti 62(1–2), 69–73.

Naaldenberg J. Vaandrager L, Koelen M, Wagemakers A, Saan H, de Hoog K. 2009. Elaborating on systems thinking in health promotion practice. Global Health Promotion 16 (1), 39–47.

Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. 2001. From nurse-centered health counselling to empowermental health counselling. Patient Education and Counselling 45, 69–79.

Rimpelä M. 2007. Lapsen ja perheen laaja hyvinvointiarvio vähentäisi katastrofien vaaraa. Suomen Lääkärilehti 47, 4452–4453.

Simonsen-Rehn N, Laamanen R, Sundell J, Brommels M, Suominen S. 2009. Determinants of health promotion action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four municipalities in Finland. Scandinavian Journal of Public Health 37, 4–12.

Sirviö K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132, Kuopio.

STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki.

STM. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki.

STM. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6, Helsinki.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. 2007. Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2007.

Tossavainen K, Turunen H, Jakonen S & Vertio H. 2004. Health Promotional Education: Differences Between School Nurses' Health Counselling and Teachers' Health Instruction in the Finnish ENHPS. Children & Society 18, 371–382.

Turunen H, Tossavainen K, Jakonen S & Vertio H. 2006. Did something change in health promotion practices? A three-year study of Finnish European Network of Health Promoting Schools. Teachers and Teaching: theory and practice 12 (6), 675–692.

Vertio H. 2008. Työpaikka terveyden edistämisen areenaksi: Työoloihin, työn tekemisen mielekkyyteen ja elintapoihin voi vaikuttaa! Teoksessa ETENE. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

4

Terveyden edistäminen – katse tulevaisuuteen

4.1. Teorioista toimintaan

Anna-Maija Pietilä

Terveys ja terveyden edistäminen ovat kompleksisia ja sisällöltään moniulotteisia käsitteitä. Näin ovat todenneet myös tämän kirjan asiantuntijat. Terveys on yksi osa elämää mutta toisaalta myös koko elämä, kuten Johansson tutkimusryhmineen analysoi (Johansson ym. 2009). Mikä on Sinun näkemyksesi terveydestä ja terveyden edistämisestä? Miten terveyden edistämisen tulevaisuus rakentuu? Kuka kantaa vastuuta terveyttä edistävien toimintojen toteuttamisesta? Kuka määrittää yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatason tavoitteet sekä yleismaailmalliset tavoitteet?

Terveyttä edistävän toiminnan perustana on yksilön hyvän edistäminen. Toisaalta hyvän edistäminen on myös eettinen päämäärä. Onko lopulta niin, että terveyden edistäminen on pienten asioiden politiikkaa, joka ei aina riipu pelkästään taloudellisista voimavaroista vaan myös toimijoiden ja asiakkaiden tiedoista, taidoista ja asenteesta. Eri elämänalueet ovat yhteydessä toisiinsa, joten myöskään terveyden edistämisen toimet eivät voi olla irrallaan toisistaan: on kyse elämän kokonaisuudesta ja sen edistämisestä. Ollaanko siirtymässä terveyden edistämisestä (health promotion) elämän edistämiseen (life promotion), kuten Lindström (2009) on todennut? Voisiko salutogeneesi, terveyslähtöisyys, sitoa eri tieteenalojen tutkimusta toisiinsa yhteisen kysymyksenasettelun avulla; mitkä tekijät pitävät yllä ja edistävät terveyttä?

Mitä on pohjimmiltaan terveyden edistäminen? *Se on arvotyöskentelyä, jossa pyritään mahdollistamaan inhimillisen elämän toteutumista. Yksilö on omien terveysvalintojensa tekijä, mutta hän on myös sidoksissa oman ympäristönsä ja yhteiskuntansa mahdollisuuksiin.*

Terveyden edistämisen vastuullisuus ja ajankohtaisuus kiteytyy italialaisen kirjailijan Einaudi Tascabilin sanoihin *If not (act) now, when? If not us, who?* Näihin kirjailijan sanoihin viitattiin kansainvälisessä terveyden edistämisen konferenssissa vajaa kaksi vuotta sitten. Sa-

malla korostettiin terveyden edistämisen tehtävää: on tärkeää edistää globaalia terveyttä ja terveyttä koskevan oikeudenmukaisuuden saavuttamista eri maiden välillä ja maiden sisällä maailmanlaajuisesti. On olennaista rakentaa voimavaroja niihin maihin, joissa terveyden edistäminen on vähiten kehittynyttä. Erityinen huomio tulisi kiinnittää Itä-Euroopan ja Pohjois-Afrikan tarpeisiin. Tarvitaan dialogia eri kulttuurien välillä ja moninaisilla terveyden edistämisen areenoilla. Yhtenä haasteena on näyttöön perustuva terveyden edistäminen sekä laadun että tehokkuuden näkökulmista. Osallistava lähestymistapa, jossa otetaan huomioon siviiliväestön osallistuminen, on myös merkittävä lähtökohta.

Kun suuntaudutaan tulevaisuuteen, on tärkeää tunnistaa, että terveyden edistämisessä tarvitaan monitieteistä ja moniammatillista yhteistyötä. Monet kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että integratiivinen käsitys terveyden edistämisestä vie asiaa ratkaisevasti eteenpäin. Laajoja vaikutuksia on kuitenkin vaikea mitata ja arvioida. Samalla on tärkeää osoittaa myös lyhyen aikavälin terveyttä edistävän työn tuloksia. Konkreettiset tulokset motivoivat asiakkaita ja työntekijöitä. Tunnistamalla lyhyen aikavälin tuloksia tehdään siten myös terveyden edistämistä näkyväksi. (Koelen ym. 2008, Naaldenberg ym. 2009.) Väestön terveyden edistäminen onkin niin monimuotoista toimintaa, että tieteenalojen edustajia, terveyden edistämisen asiantuntijoita, monialaisia toimijoita ja ammattilaisia sekä poliitikkoja tarvitaan aitoon yhteistyöhön.

Tulevaisuudessa joudutaan edelleen kohtaamaan terveyden eriarvoisuutta, joka on yksi Suomen terveydenhuollon merkittävimpiä tulevaisuuden haasteita. On pyrittävä puuttumaan yksilöiden käyttäytymisen lisäksi myös rakennetekijöihin. Tarvitaan myös yhä enemmän varhaista puuttumista ja tukemista sekä yksilö- että yhteisötasoilla. Yhteiskunnallisilla päätöksillä on siis huomattava vaikutus terveyteen, ja päättäjillä on vastuu terveyden edistämisessä.

Ikärakenteen tuomat muutokset ja monikulttuurisuus ovat tulevaisuudessa yhteiskuntamme arkea. Saamme olla monella tavalla näköalapaikalla: terveydenhuollon kysymykset ovat ajankohtaisia uuden terveydenhuoltolain kynnyksellä. Tavoitteena on, että uusi laki tukisi ja vahvistaisi perusterveydenhuoltoa ja edistäisi terveyspalvelujen saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä sekä vähentäisi järjestelmäkeskeisyyttä ja eri hallinnonalojen välisiä rajoja. Tarkoituksena on

madaltaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä rajaaitoja ja edistää alueellisesti niiden yhteistyötä.

Viime vuosina kansainvälisissä terveyden edistämisen kokouksissa ja konferensseissa on pohdittu terveyden ylläpitoon liittyviä toimia, kuten ympäristön saastumisen hidastamista, tartuntatautien torjuntaa ja nälän poistamista. Tarvitaan entistä enemmän kansainvälistä yhteistyötä. Vähäkangas ja Tuomisto toivat esiin kirjoituksessaan, ettei ympäristöterveyttä voi pienenevässä maailmassa tarkastella vain yhden maan kannalta. Kirjoittajat korostivat, että terveyden globaalit trendit tavoittavat nykyisin lähes kaikki. Esimerkiksi influenssat voivat levitä muutamassa päivässä maanosasta toiseen.

Terveyden edistämisen usein toistuvia teemoja ovat olleet etiikka, näyttöön perustuva terveyden edistäminen ja erilaisten yksilöiden ja ryhmien, erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien terveyden edistämisen puolustaminen ja kumppanuus. Näihin alueisiin on suuntauduttava myös tutkimuksessa. *Tiede ei ole tiedon hallussapitoa vaan totuuden etsintää ja tiedon järjestelmällistä tavoittelua tutkimuksen avulla.* Totuuden etsintä ja tiedon tavoittelu toteutuvat tutkimusryhmissä, joissa tutkimusaiheet ja -kysymykset muotoutuvat ja täsmentyvät yhteisen keskustelun avulla. Mutta otetaanko tieteen normeissa huomioon inhimillinen ulottuvuus, joka väistämättä tulee esiin terveyden edistämisessä ja sen tutkimuksessa?

Terveys ja terveyden edistäminen elämänkulun eri vaiheissa on hoitotieteellisen tutkimuksen prioriteetti sekä Pohjoismaissa, muualla Euroopassa että Yhdysvalloissa. Erityisesti yhteisöt ja haavoittuvien ryhmien terveys ja elämänlaatu, terveyttä edistävät hoitotyön toiminnot, hoitohenkilöstön osaaminen ja hoidon laatu, terveyspalvelujen kehittäminen ja itsehoitoon tukeminen sekä eettiset näkökohdat ovat olleet hoitotieteellisen tutkimuksen keskiössä. On painotettu kokemuksellista terveyttä ja sen vaihtelua eri kulttuureissa sekä väestöryhmissä. Tällöin on myös sosiaalisesti hyväksytyksi tulemista ja yhteisön osana olemista tarkasteltu merkittävinä terveyden ulottuvuuksina.

Paljon jää kuitenkin kysymyksiä: Mitkä ovat haavoittuvien ryhmien ihmisoikeudet? Mitä ovat sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja ihmisen vastuu omista elämänvalinnoistaan? Miten voimavarojen käyttöä priorisoidaan? Inhimillinen huolenpito on kaiken ytimessä: terveyden edistämisen kannalta parasta on jokaisen elämänarvoa kunnioittava, tasa-arvoinen ja turvallinen yhteiskunta, joka pitää kaikista jäsenistään

huolta ja mahdollistaa terveellisen elämäntavan. Voidaanko huolenpidon jatkuvuuteen luottaa?

Terveellinen, hyvä ja onnellinen elämä on useiden ihmisten tulevaisuuden haave. Millä tavoin jäsennämme päämäärän ja toiminnan, kun arvioimme terveyden edistämisen tulevaisuutta? Voimme muuttaa maailmaa – mutta miten? Miten toteutuu globaalieettinen vastuu? Pienilläkin teoilla saadaan paljon aikaan.